

キャンセル待ちのお申し込みを希望される方は、  
お申し込みフォームに必要事項をご記入のうえ、下記のFAX番号まで送信ください。

- キャンセル待ち希望のお申し込みは参加をお約束するものではありません。
- 空席が発生した場合にのみ、セミナー開催日の2日前までにお電話でご連絡をさしあげます。  
(空席が発生しなかった場合はご連絡いたしませんので、あらかじめご了承ください。)
- キャンセル待ち希望の受付はセミナー開催日の3日前までとさせていただきます。

**お申し込み FAX 番号 : 0120-40-4165**

ご希望のセミナー		<b>必須</b>	
セミナー会場名		開催日	
会場		月 日	
( 記入例 : 名古屋 会場 )			
ご勤務先名		<b>必須</b>	
ご連絡先		<b>必須</b>	
ご住所 (ご勤務先)		市外局番	
〒	-	電話番号 ( )	-
※日中、ご連絡可能な電話番号を記入してください。			
FAX番号 ( )		-	
参加者		<b>必須</b>	
	お名前	病棟名/ご役職	ご職業 (褥瘡対策委員会ご所属の方は <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )
お申込み代表者	お申込み代表者様はセミナーへ参加されますか? <input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない		<input type="checkbox"/> 褥瘡対策委員会にご所属
参加者 1			<input type="checkbox"/> 褥瘡対策委員会にご所属
参加者 2			<input type="checkbox"/> 褥瘡対策委員会にご所属
参加者 3			<input type="checkbox"/> 褥瘡対策委員会にご所属
参加者 4			<input type="checkbox"/> 褥瘡対策委員会にご所属

<個人情報保護について> 皆様の個人情報は、ご本人の同意を得ずに、第三者に開示することは一切ありません。

### お問い合わせ先

株式会社ケーブ セミナー事務局 (受付時間/平日 9:00~17:00)  
〒238-0013 神奈川県横須賀市平成町2-7 TEL 046-821-5511(代) FAX 046-821-5522