

CAPEセミナーお申し込みフォーム

お申し込み FAX 番号
0120-40-4165

FAXからのお申し込みをご希望される方は、
下記のお申し込みフォームに必要事項をご記入のうえ、お申し込みください。

- お申し込み受け付け後、2週間以内に参加証を FAX いたします。
- 定員になり次第、締め切らせて頂きますので、予めご了承ください。
- 当日は参加証を必ずご持参ください。
- 参加費のお支払いは、当日の会場受付にてお願いいたします。(領収書を発行します)

ご希望の セミナー 必須	セミナー会場名	開催日	
	会場 (記入例: 名古屋 会場)	月 日	
ご勤務先名 必須			
ご連絡先 必須	ご住所(ご勤務先) 〒 -		
	電話番号 () - (市外局番)	FAX番号 () - (市外局番) <small>こちらの FAX 番号へ参加証を送信します。</small>	
参加者 必須	※『お申込み代表者』様宛にまとめて参加証をFAXさせていただきます。		
	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