スポンサードハンズオンセミナー
参加申し込用紙

ご参加を希望される方は、以下ご記入のうえ、FAXまたemailにてお申込みください。

FAX:03－3818－4042　e-mail:azuma-h@bearmedic.co.jp

株式会社ベアーメディックスポンサードハンズオンセミナー3申込窓口 宛

定員: 30名

※募集枠を超える申し込みがあった場合は調整をお願いする事も御座いますので、予めご了承ください。

申し込み締め切り : 2023年7月14日（金）

＊参加の可否はご記入いただいたメールアドレス宛にご連絡差し上げます

貴施設名			
フリガナ	（姓）	（名）	
お名前			
電話番号			＊当日、連絡が取れる番号のご記入をお願いします。
メールアドレス	@		
部署名（診療科名）		役職	

開催日　2023年8月5日（土）9：10～11：10

ご質問

ご記入いただきました個人情報は本スポンサードハンズオンセミナー3の運営に関する目的以外には利用致しません

今後、同企画がある際に連絡を希望される場合は右欄にチェックをお願いいたします。登録希望（　　）

※お申込みを確認でき次第、事前参加登録の可否をご連絡させていただきます。

※非会員の方でもご参加いただけます。

※定員を超過した後にいただいたお申込みに関しては、誠に恐縮でございますが、原則参加登録不可のご連絡をさせていただきます。

※その他お問い合わせにつきましては、各施設弊社担当者までお尋ねください。