

キャリアバンクアカデミー医療
医師事務作業補助者講座 FAX申込書

受講希望月	医師事務作業補助者講座	月 開催日程
-------	-------------	--------

※開催日程の詳細は「キャリアバンクアカデミー医療 医師事務作業補助者コース案内」をご確認ください。
<https://careerbank-academy.jp/iryo/course/ishizimu/>



フリガナ				
医療機関名称				
医療機関住所	(〒 -)			
TEL		FAX		
書類送付先 ご担当者名	フリガナ		部署 役職	
	氏名			
	メールアドレス			
※ご記載いただいたメールアドレスに「申込み受付完了のお知らせ」メールやご案内を送信いたします				
オンライン受講の 希望有無 (いずれか一つ)	<input type="checkbox"/> 会場で受講する <input type="checkbox"/> 会場で受講予定だがオンライン受講も検討したい <input type="checkbox"/> オンライン受講を希望する ※オンライン受講をご希望の場合は、受講方法についてあらかじめご連絡申し上げます			
※上記ご担当者様が ご参加される場合、 こちらにもご記入をお願い いたします。 ご記入いただいた氏名が 修了証に記載されます。 お間違いがないか必ず ご確認ください。	① 氏名	フリガナ： _____	② 氏名	フリガナ： _____
	部署		部署	
	職種		職種	
	経験年数	年 ヶ月	経験年数	年 ヶ月
	③ 氏名	フリガナ： _____	④ 氏名	フリガナ： _____
	部署		部署	
	職種		職種	
	経験年数	年 ヶ月	経験年数	年 ヶ月

申込日： 年 月 日

FAX送信先：011-207-7870

お申込み受付後、上記のご住所へ開催要項・カリキュラム・請求書をお送りいたします。

* 本講座の参加申込書に含まれる個人情報、講座の運営及びご案内以外の目的で利用することはありません。

<お申込みに関するお問い合わせ> キャリアバンク株式会社メディカル事業 ☎011-251-0707 (平日9時~18時)