

## 奥様医業【開業塾】参加申込みフォーム

日時： 第1講：平成24年1月18日(水) 13:30 ~ 15:30  
第2講：平成24年1月25日(水) 13:30 ~ 15:30  
第3講：平成24年2月 1日(水) 13:30 ~ 15:30  
第4講：平成24年2月 8日(水) 13:30 ~ 15:30

会場： 大阪府医師協同組合 本館会議室

参加人数	名様
ご氏名	姓： 名： 様
フリガナ	セイ： メイ： 様
生年月日	年 月 日
ご住所	
電話番号	- -
FAX	- -
メールアドレス	@
ご開業希望地	未定の場合「未定」とご記入下さい
ご診療科目	
ご開業予定	例：今後1年くらい
ご希望の形態	例：テナント・一戸建て等

ご記入いただきました個人情報は、セミナーご参加の確認や、セミナーに関するご連絡のためにのみ使用いたします。  
ご記入いただきました個人情報は、法令に基づく場合を除き、ご本人様の承諾なしに第三者に提供することはありません。

**FAXでお申込みいただく際は、この申込みフォームを下記へFAXしてください。**

**河村会計事務所 河村宛 06 - 6941 - 8712**