

(送信先 FAX : 03-3402-4389 全国公私病院連盟事務局)

※送り状を付けずに、このページのみ送信してください。

第30回診療報酬請求事務セミナー (WEBセミナー) 【7月14日(水)~20(火)】参加申込書

【申込日】 月 日

住 所	〒
病 院 名	
事務連絡担当者氏名	(所属部署 :)
T E L	
F A X	
E - m a i l*	
追加 ID の申込	要 (____ ID 追加申込) 不要

※E-mailでご案内等連絡いたします。必ず、ご記載ください。

参加料 : 1 病院につき 会員 11,000円 (税込)

1 病院につき 非会員 : 16,500円 (税込)

追加 ID 1 IDにつき 1,100円 (税込)

※申込期限 : 6月30日 (水)

※お申込後、3営業日を目安に、受付の可否、お振込み先等につきましてご案内します。

※お振込み期限 (7月9日) までに、お振込みがなかった場合、キャンセルとなります。

※お振込み後の参加料は返金いたしません。