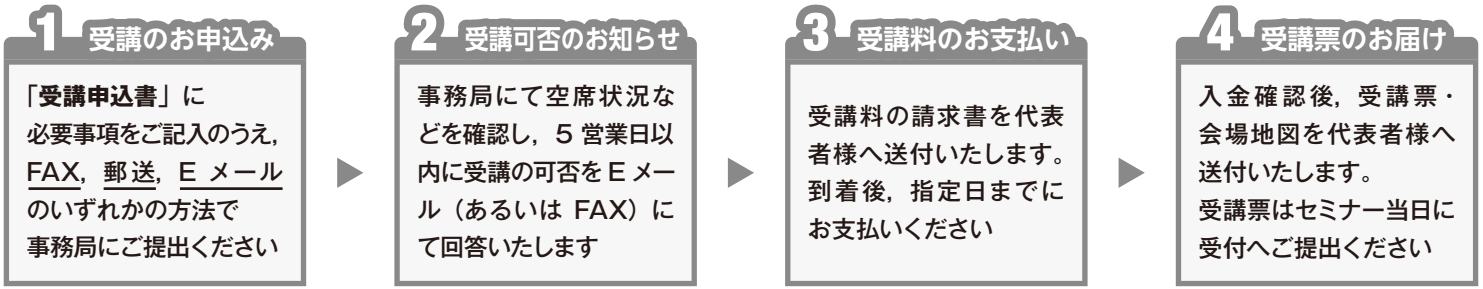


医学出版「看護セミナー」お申込みの流れ



F A X 03-3813-8224

郵 送 〒113-0033 東京都文京区本郷 2-27-18
医学出版 セミナー事務局

Eメール semi@igaku.co.jp

メールでお申込みの場合、件名に「セミナー名」「開催地」「開催日」を必ずご入力ください(例:●●セミナー東京 5/15)。また、本文に「受講申込書」にある必要事項を直接ご記入いただくか、記入済みの「受講申込書」をスキャンなどしたファイルを添付してお送りください。

ご注意

- 定員：お申込み先着順とし、定員に達しだい締め切らせていただきます。
- 席順：座席は前方からお申込み順に決定いたします。前方の席をご希望の場合はお早めにお申込みください。
- 受講料のお支払い：当社の指定する期日までに郵便振替、銀行振込のいずれかにてお支払いください。
- お申込みの完了：受講料をお支払いいただいた時点で、お申込みが完了したものといたします。
- セミナーの変更：会場もしくはプログラム内容の一部は予告なく変更となる場合がございます。
- セミナーの中止・延期：やむをえない事情によりセミナーは中止・延期となる場合がございます。中止の場合は受講料の全額を返金いたします。なお、交通費や宿泊費の保証はいたしかねますので予めご了承ください。
- お客様都合によるキャンセル：お電話(0120-002-666)にて申し受けます。ただし、お申し出の時期によりキャンセル料(※)がかかりますので予めご了承ください。※(セミナー30日前以前)無料(ただし1回の返金につき手数料として、受講料より1,000円を控除いたします)(30日前以降または無連絡不参加)受講料の100%(受講料は返金いたしません)
- 当社からのキャンセル：(1)申込書に虚偽の記述があった場合、(2)他のお客様に迷惑を及ぼし、セミナーの円滑な開催を妨げるおそれがあると認められた場合は、当社よりキャンセルを申し出ることがございます。
- お申込みの場合には下記「個人情報の取扱いについて」に同意されたものとさせていただきます。

お問合せ ☎ 0120-002-666 (平日 10~18時)
✉ semi@igaku.co.jp

医学出版「看護セミナー」
受講申込書

セミナー名

申込日： 年 月 日

お申込み代表者様について		(当セミナーに) 参加する ・ 参加しない
フリガナ お名前	<input type="text"/>	職務経験年数 年
ご勤務先 (所属)	<input type="text"/>	
受講票 送付先	(〒 -) (どちらかに○を お付けください) 自宅・勤務先	
ご連絡先 電話番号	() -	<自宅・携帯・勤務先>
ご連絡先 FAX	() -	<自宅・勤務先>
Eメール	@	

今後、出版物やセミナーなどのご案内を差し上げることがございます。

ご質問・ご要望などございましたらご記入ください

代表者様以外の受講者について			
①	フリガナ お名前	<input type="text"/>	職務経験 年数
	電話番号	() -	年
	Eメール	@	
②	フリガナ お名前	<input type="text"/>	職務経験 年数
	電話番号	() -	年
	Eメール	@	
③	フリガナ お名前	<input type="text"/>	職務経験 年数
	電話番号	() -	年
	Eメール	@	
④	フリガナ お名前	<input type="text"/>	職務経験 年数
	電話番号	() -	年
	Eメール	@	

※受講者の欄が足りない場合は、この用紙をコピーしてご利用ください。

以下、当社回答欄

- 上記内容にてお申込みを承りました キャンセル待ちでお預かりいたします
 キャンセル待ち不可のためお預かりできません その他 ()

合計参加 申込み人数	<input type="text"/>	人
---------------	----------------------	---