

東京：3/3、5/19、8/18、10/20 名古屋：3/10、5/26、8/25、10/27
 北海道：4/14、6/30、9/8、11/3 全て日曜日 11:00～17:00（休憩45分）
 各会場中心部の主要駅徒歩約3～5分の会場です。

※お申込み後、半径2kmに同一診療科目のクリニックが既にお申込みされていないかどうか確認させていただきます（弊社判断）。その後、弊社よりお電話またはFAXにて、ご連絡しますので、参加費用のお振込みをお願い致します。
 ※毎回、違うスタッフが参加することはご遠慮下さい。※スタッフが途中で退職された場合、費用はご返金しませんのでご了承下さい。※万が一ご参加スタッフが退職された場合のみ、別のスタッフの振替参加が可能です。
 ※当日ご欠席の場合、別の会場への振り替えか、テキストを送らせて頂きます。

| | | | |
|-------|--|--------|--|
| ご参加会場 | <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 北海道 ※ご参加会場にチェックをお願い致します | | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| 貴院名 | | 院長名 | |
| 住所 | 〒 | | |
| TEL | | FAX | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| ご参加者1 | | ご参加者2 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| ご参加者3 | | ご参加者4 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| ご参加者5 | | ご参加者6 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| ご参加者7 | | ご参加者8 | |
| ふりがな | | ふりがな | |
| ご参加者9 | | ご参加者10 | |
| 備考 | | | |