

# 神奈川県保険医協会

## 第11回開業セミナー参加申込書

下記に必要事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。後日「受講ハガキ」をお送りします。

お申し込みFAX番号 045-461-0215

ふりがな		参加人数	名
お名前			
生年月日	年 月 日	性別	男 女
ご勤務先 (病医院名)			
診療科目			
ご連絡先	勤務先 自宅		
電話番号	自宅 携帯 その他	- - -	- - -
E mail	@		
ご記入欄 お問い合わせ ご質問など			
神奈川県保険医協会からの 研究会等のご案内	希望する	希望しない	

### 【お問い合わせ先】

神奈川県保険医協会 開業セミナー 担当・村上、谷口

〒221-0056

横浜市神奈川区金港町5-36 東興ビル2F

TEL 045-453-2411 FAX 045-461-0215

URL <http://www.kaigyo-sem.com>

<http://www.iiiryuu.com>

### 個人情報の取り扱いについて

お申し込み書に記載されている個人情報は、当開業セミナーに伴うことのみ利用されます。これら以外の目的で利用することや、ご本人の同意を得ず第三者へ提供することはありません。ただし、利用目的の範囲内で個人データの取り扱いを委託する場合は、委託を受けた者への必要かつ適切な監督を行ないます。