

第30回 診療報酬請求事務研修会申込書

法人・団体名	(部署名)	(担当者名)
住所	〒 -	
	TEL ( )	FAX ( )
(ふりがな)		
参加者氏名		
職種	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 請求事務従事者 <input type="checkbox"/> その他	

(注) □欄には、該当する項目に✓を入れてください。

複数でご参加いただく場合 下欄に参加者全員の氏名、職種等をご記入ください。

(ふりがな)		
参加者氏名		
職種	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 請求事務従事者 <input type="checkbox"/> その他	
スケジュール等送付先 (上記住所と同じ場合、記入は不要です)	〒 -	
	TEL ( )	

(ふりがな)		
参加者氏名		
職種	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 請求事務従事者 <input type="checkbox"/> その他	
スケジュール等送付先 (上記住所と同じ場合、記入は不要です)	〒 -	
	TEL ( )	

(ふりがな)		
参加者氏名		
職種	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 請求事務従事者 <input type="checkbox"/> その他	
スケジュール等送付先 (上記住所と同じ場合、記入は不要です)	〒 -	
	TEL ( )	

通信欄 (照会・要望等があれば簡記願います)      **参加者合計**      名

--