

第31回 診療報酬請求事務研修会申込書

法人名 ・ 団体名	(部署名)	(担当者名)
住所	〒 -	
	TEL ()	FAX ()
(ふりがな) 参加者 氏名		受講形式 (どちらかを ○で囲む) 1. 会場 2. オンデマンド
職 種 (□に✓を入 れる)	<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 請求事務従事者 <input type="checkbox"/> その他	

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		受講形式 (どちらかを ○で囲む) 1. 会場 2. オンデマンド
職 種 (□に✓を入 れる)	<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(上記住所と異なる場合)		
〒 -		
		TEL ()

(ふりがな) 参加者 氏名		受講形式 (どちらかを ○で囲む) 1. 会場 2. オンデマンド
職 種 (□に✓を入 れる)	<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(上記住所と異なる場合)		
〒 -		
		TEL ()

(ふりがな) 参加者 氏名		受講形式 (どちらかを ○で囲む) 1. 会場 2. オンデマンド
職 種 (□に✓を入 れる)	<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(上記住所と異なる場合)		
〒 -		
		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

--