

申込み先(FAX): 03(3252)2233

第35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						
職種 (☐ に✓を 入れろ)	☐ 教職員 ☐ 請求事務従事者 ☐ その他					

通信欄 (照会・要望等があれば簡記願います)

--

※団体による複数人の受講であっても、代表者1名の申込で受講できます。