

# 医療コンシェルジュ資格認定講習会

## ～申込用紙～

下記要項に全てご記入の上、JMCL日本医療コンシェルジュ研究所・事務局まで  
FAXにてお申し込み下さい。

FAX 03-3527-9950

希望受講日	月	日	会場
希望講座	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 1級

氏名	フリガナ	性別	生年月日		
		男・女	S・H	年	月 日(満 歳)
住所	フリガナ				
	〒				
連絡先	ご自宅TEL	携帯TEL			
	e-mail(PC)				
ご請求先	<input type="checkbox"/> ご本人様		<input type="checkbox"/> 勤務先		
勤務先名	フリガナ				
※学生および無職の方 以外はご記入ください		( 部署名 )			
勤務先住所	フリガナ				
	〒				
		TEL	FAX		
医療資格	<input type="checkbox"/> 有( )		<input type="checkbox"/> 無		

※頂きました個人情報は、ご希望のあった紹介斡旋やNPOの運営・講習会以外の目的には利用いたしません。  
※定員を超えている場合は、事務局よりご連絡いたします。

JMCL日本医療コンシェルジュ研究所 事務局

お申し込み FAX:03-3527-9950 TEL:03-3527-9525

住所: 〒103-0021 東京都中央区日本橋本石町3-3-8 日本橋優和ビル5F

e-mail: info@jmclmc.jp URL <http://www.jmclmc.jp>