

申込み先(FAX): 03(3252)2233

第34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) 参加者名 氏名	_____
職種 (<input type="checkbox"/> 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

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。