

セミナーご参加お申し込みFAX用紙

FAX.03-3490-8654

下記の記入欄にご記入頂き、上記FAX番号までお送り下さい。



12月11日クリニック開業セミナーご参加申込FAXシート

フリガナ			申込日	
ご参加者名			性別	(男・女)
ご生年月日	西暦	年 月 日	年齢	歳
ご連絡先住所 (ご自宅・ご勤務先)				
ご連絡先 電話番号			FAX 番号	
e-mail				
ご同伴者名			ご参加人数	人

■ご開業について

開業希望時期	・半年以内 ・1年以内 ・1年以上先 ・時期未定
開業希望地	
開業科目	内科・外科・整形外科・耳鼻咽喉科・小児科・皮膚科 眼科・産婦人科・泌尿器科・麻酔科・その他 ()
個別相談会	
ご相談内容	

お申し込みの際の同意事項 ※必ずお読み下さい

1. 個人情報の収集・保有・利用

弊社は、お客様の開業支援サービス提供の為、以下の情報（これらを総称して「個人情報」といいます）について保護措置を講じた上で収集し、今後開催されるセミナー、各種イベントのご案内等に利用させていただく事がございます。

お客様の氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、メールアドレス、勤務先（勤務内容）、開業希望時期、開業希望科目等、所定用紙にお客様が記載した事項（これらに変更が生じた場合、変更後の情報を含みます）

2. 問合せ窓口

個人情報の開示、訂正、解除に関するお問い合わせや、利用の中止のお申し出等に関しては下記までお願い申し上げます。

株式会社日医リース東京支店 〒141-0031 東京都品川区西五反田1-3-8 五反田御幸ビル3F TEL.03-3490-8651

※弊社における個人情報保護方針は弊社ホームページにて開示しております。 <http://www.nichii-lease.com>