

受講申込書

受付番号
当協会にて記入します。

申込方法	下記事項をご記入の上FAXにてお申込み下さい。 FAX03-5802-7082			
講座名				
開催日 (受講日)	開催日(西暦)			申し込み日(西暦)
	年	月	日～日	年 月 日
施設名				
所属部署				
職 種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> クリニック職員 <input type="checkbox"/> 機器会社 <input type="checkbox"/> その他 ()			
フリガナ				生年月日(西暦)
氏 名				年 月 日
連絡先	連絡先電話番号			
E-mail				
郵便の送付先住所	〒 -			
受講料		支払	コンビニ払い (当協会より振込票を送付いたします。)	
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 申込みをされましたら当協会より申し込み受付票をお送りします。 ● 受付票と同時にコンビニ用の払込取扱票をお送りしますので記載された期日までにコンビニで受講料をお支払下さい。 ● 払い込み手数料(税込220円)は受講料に加算されて払込取扱票に記載されています。 ● 講座開始日から起算して30日以降にキャンセルされた場合はキャンセル料は受講料の全額となります。返金が生じた場合は、返金手数料(1,000円:振込手数料を含む)を差引きした金額を御振込み致します。 			
備考欄				
お問い合わせ	一般社団法人 日本睡眠総合検診協会 睡眠医療技術講座 直通TEL 03-5802-7815 FAX03-5802-7082			
協会記入欄	入力	C発行	NK	HK