

『医療 DX / 2024 年診療報酬改定』セミナー 参加申込書

FAX : 092-431-0026

申込日： 年 月 日

1. 申込者の情報 ※1

フリガナ			
氏 名			
部署名・役職名		E-mail	

フリガナ			
氏 名			
部署名・役職名		E-mail	

※1 各施設様、2名までの参加とさせていただきます。

2. 法人の情報

法人名			
法人住所	〒 -		
電話番号		F A X	

【お問合せ先】

ソフトマックス株式会社

「医療 DX / 2024 年診療報酬改定」セミナー 運営事務局

TEL : 092-431-0020

MAIL : seminar@s-max.co.jp