

# 医院経営セミナー申込書

(ご注意事項)

※受講対象者はクリニック経営に携わる方に限ります。

※■申込者記入欄は必須でご記入をお願いします。

※複数名でお申し込みの場合には代表者様を含む参加人数をご参加人数欄にご記入下さい。

※申し込み頂いた方には、後日「受講票」を送付申し上げますので、当日ご持参下さい。

## ■申込者記入欄 (記入必須)

フリガナ			
ご参加者名		性別	( 男・女 )
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			
ご勤務先		年齢	歳
お役職		ご参加人数	人

## ■ご相談について

経営概要	
クリニック経営期間	開業前 ・ 1年未満 ・ 1~5年 ・ 5年以上
専門科目	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・心療内科・その他 ( )
個別相談	当日
	(希望する・希望しない)
	【相談内容】 <input type="checkbox"/> 資金調達 <input type="checkbox"/> 医療法人化 <input type="checkbox"/> 受付回り商品 <input type="checkbox"/> 電子カルテ <input type="checkbox"/> 医院改築・改装 <input type="checkbox"/> 人事・労務・雇用関係 <input type="checkbox"/> 院内ネットワーク <input type="checkbox"/> 予約システム <input type="checkbox"/> 集患・マーケティング <input type="checkbox"/> ホームページ制作 <input type="checkbox"/> 事業承継・分院展開

※ご記入頂きましたお客様の情報は、当セミナーの受付業務にあたり名簿作成を行い、お客様への対応をする上で必要なものです。  
ご記入頂きました個人情報については、セミナー講師、共催各社へ提供する場合がありますが、第三者に開示することはありません。

--