2018（平成30）年度診療報酬・介護報酬同時改定セミナー

【参加申込書】（送付先：[info@gmmi.jp.net](mailto:info@gmmi.jp.net)）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者名 |  |
| 貴施設名／御社名 |  |
| 部署名 |  |
| 役職 |  |
| ご住所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 受講料のお支払方法  （どちらかに〇をつけて下さい。） | ①　事前振込（4,000円）  ②　当日受付（5,000円） |

※複数名お申込みの場合は、申込書を1人1枚ご記入下さい。

●お申込み、お支払いについて

　１．お申込み：本申込書に必要事項をご記入の上、3月１日（木）までに

　　　E-mail（[info@gmmi.jp.net](mailto:info@gmmi.jp.net)）宛にお申込み下さい。

お申込み確認後、**振込先口座番号をお知らせする申込確認書をメール致します。**

　　　なお、先着７０名様に限らせて頂きます。（定員に達した時点で締め切らせて頂きます。）

　２．お支払い：

①事前お振込みの場合

3月２日（金）までにお振込みをお願い致します。振込手数料はご負担いただきますよう

お願い致します。また、領収書は金融機関の「ご利用明細表」をもって、領収書と代えさせ

て頂きますのでご了承願います。

※お申し込み後の返金はお受けいたしかねますので、代理の方が出席くださいますようお願い

致します。

　　②当日お支払いの場合

　　　当日受付にてお申し出下さい。領収書を発行致します。

●お問い合わせ：日本ヘルスケアプランニング株式会社　セミナー受付係

　　　　　　　　　　〒104-0061　東京都中央区銀座1-6-5　銀座Bビル7階

TEL：03-5579-9426　E-mail：[info@gmmi.jp.net](mailto:info@gmmi.jp.net)

※ご提供頂いた個人情報は本セミナーに関する手続きにのみ使用し、第三者に開示・提供することはありません。