

「成功する医院承継・リフォームセミナー&個別相談会」申込み

FAX申込用紙 FAX:24時間対応 03-3346-4113 (FAX)

ご希望の項目の□に✓印を付けてください。また必要事項をご記入ください。

個別相談会について	<input type="checkbox"/> 個別相談会に参加する <input type="checkbox"/> 個別相談会に参加しない <input type="checkbox"/> 別の日で相談したい _____ 月 _____ 日頃 ■個別相談会のご希望時間について ●松山会場 <input type="checkbox"/> A/11:00~12:00 <input type="checkbox"/> C/14:40~15:40 ●広島会場 <input type="checkbox"/> A/11:00~12:00 <input type="checkbox"/> B/13:30~14:30 <input type="checkbox"/> C/14:40~15:40 ■個別相談会のご参加人数について _____ 人 ■ご相談内容について(複数可) <input type="checkbox"/> 医院承継 <input type="checkbox"/> 新規開業 <input type="checkbox"/> ビル診療開業 <input type="checkbox"/> 診療科目追加・変更 <input type="checkbox"/> 設計相談 <input type="checkbox"/> 全面リフォーム <input type="checkbox"/> 部分リフォーム <input type="checkbox"/> 新規医療機器 <input type="checkbox"/> 収納設備 <input type="checkbox"/> ファイナンス <input type="checkbox"/> 自宅リフォーム <input type="checkbox"/> 賃貸資産再生リフォーム <input type="checkbox"/> その他 <input style="width: 150px;" type="text"/> ■差し支えなければ、ご相談内容をご記入ください。 <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>		
情報提供について	今後、医院リフォームセミナー等さまざまな情報をご提供することについて <input type="checkbox"/> 希望する		
ご氏名		ご年齢	歳
ふりがな			
ご自宅住所	〒 _____		
お電話			
ご連絡可能お電話			
FAX			
メールアドレス	_____@_____		
医院・診療所名			
ご専門科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 ■その他 <input style="width: 150px;" type="text"/>		
ご開業後どのくらい経ちますか	<input type="checkbox"/> 1年~3年 <input type="checkbox"/> 3年~5年 <input type="checkbox"/> 5年~7年 <input type="checkbox"/> 7年~10年 <input type="checkbox"/> 10年~15年 <input type="checkbox"/> 15年~20年 <input type="checkbox"/> 20年以上		
このセミナーは何からお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> セミナーDM <input type="checkbox"/> 日経メディカル <input type="checkbox"/> メディカル朝日 <input type="checkbox"/> メディカルトリビューン <input type="checkbox"/> ジャミックジャーナル <input type="checkbox"/> 日経新聞 <input type="checkbox"/> 各医師会会報誌 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 当社営業担当 <input type="checkbox"/> その他		
弊社担当者について	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 担当者名 <input style="width: 80px;" type="text"/> 担当営業所 <input style="width: 80px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> わからない		

ご記入いただきましたお客様の個人情報は、お客様の医院及び住宅リフォームに関する「三井のリフォーム」からの情報提供・営業活動に使用するもので「個人情報の保護に関する法律」その他の法令に定める場合を除き、お客様情報をあらかじめお客様の同意を得ることなく第三者に提供することはありません。