

「医療機関における電波利用推進セミナー in 静岡」

参加申込書

(一財)電波技術協会あて

FAX送信先:044-951-0201

氏名(ふりがな)	
所 属 (団体名・法人名)	
メールアドレス	
電話	
FAX番号	
講師への質問等	(講師への質問等があれば記入ください。なお、すべての質問に回答できない場合がありますのでご了承ください。)

※同じ組織で複数人申し込みをされる場合には、氏名欄には参加者全員のお名前を、所属とメールアドレス等の連絡先は代表者の方のみ、記入してください。

※申し込み時に個人情報は、本セミナーの参加者確認のみに使用いたします。また、個人情報保護の規定に従って適正に管理いたします。