ＦＡＸ送信先：０３－３２３４－９３１０

有限責任中間法人日本医療コーディネーター協会認定

第３回　医療コーディネーター基礎講座開催案内申込書

＊全項目もれなく記載してください。

＊第３回目の講座開催日程が決まり次第、運営委託先の㈱Medical　CUBICより記載いただいたメールアドレスにご案内を差上げます。メールを使用できない方は、その旨備考欄にご記入下さい。

ふりがな 氏　　名	
所持資格	
住　　所	〒　　―　　都・道・府・県 市・区・郡 （　自宅　／　職場　）
電　話	
E-Mail	
備　考	