

お申込はFAXにて (株)ラプタープロジェクト TEL.029-291-6945

# FAX.029-291-6684



現在電話対応がほぼできない状況です。ご連絡は上記 FAX または [kango@raptorproject.jp](mailto:kango@raptorproject.jp) までお願いいたします。お申込みいただいた後、受講証をお送りいたします。

参加希望のセミナーをご記入下さい。

No.1	セミナー名	
	日時	年 月 日 ( ) : ~ :

No.2	セミナー名	
	日時	年 月 日 ( ) : ~ :

代表者名	(ふりがな)	ご連絡先 (○を付けてください)  <b>ご自宅 ・ 病院</b>
	※どちらかチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 代表者が参加する <input type="checkbox"/> 参加しない	
ご住所	(〒 - )	★病院に○を付けた方 病院名：
電話	★携帯電話・FAX可	病棟：

★ご記入いただくご連絡先は、病院でも個人でもかまいません (病院の場合は病院名を必ずご記入ください)。  
★お申込みの後 10 日経過しても受講証が届かない場合、送信できていない恐れがあります。お手数ですが再度ご連絡ください。

参加希望者ご記入欄		お名前	(ふりがな)
お名前	(ふりがな)	お名前	(ふりがな)
お名前	(ふりがな)	お名前	(ふりがな)
お名前	(ふりがな)	お名前	(ふりがな)
お名前	(ふりがな)	お名前	(ふりがな)