

動物病院開業セミナー 参加申込書

申込みはFAXにて受付させていただきます。

〈ご注意事項〉

※複数名でお申し込みの場合は、お手数ですが、下記申込書部分をコピーの上、お一人ずつお申し込みください。

※参加お申し込みいただいた方には、後日「受講票」をご送付申し上げますので、当日ご持参の上、受付にてご提示ください。

ご希望参加者		ご希望日 複数選択可能	<input type="checkbox"/> 9/9(木)	<input type="checkbox"/> 9/15(水)
ご住所	〒			
ご連絡先(ご自宅)		携帯電話		
メールアドレス				
ご参加人数		年齢	歳	性別 男 ・ 女
受講票送付先住所 上記以外をご希望の場合	〒			

個別相談会について

個別相談会参加	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 講演には出席しないが個別相談には参加したい			
開業希望時期 いずれかに○印をご記入ください	<input type="checkbox"/> 1年以内	<input type="checkbox"/> 1年～2年以内	<input type="checkbox"/> 2年以上先	<input type="checkbox"/> 時期未定		
ご相談内容 (複数選択可) ご自由にお書きください	<input type="checkbox"/> 事業計画	<input type="checkbox"/> 資金調達	<input type="checkbox"/> 立地(物件)	<input type="checkbox"/> 税務・会計	<input type="checkbox"/> 建築・内装	<input type="checkbox"/> 広告・宣伝
	<input type="checkbox"/> その他 ()					

診療圏調査の申し込み(無料)

診療圏調査をご希望の方はセミナー当日に報告書をご提供します

診療圏調査申込	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
開業候補地住所 (複数可) 駅名などの公共施設の 名称でも調査可能です	出来るだけ具体的な住所までご指定下さい(ご不明な場合は、駅などの公共施設名でも調査可能です)	

〈個人情報の取り扱いについて〉

申し込み頂いた個人情報につきましては、セミナー講師、主催・共催各社(以下セミナー事務局という)へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は、今後開催される各種イベント、セミナーのご案内やセミナー事務局からの製品情報について電子メールおよび郵便等にてご案内するために利用させていただくことがあります。ご案内が不要な方は当日お申し出頂きますと、ご案内の発送を中止いたします。当社では、記入して頂いた情報を当社個人情報保護方針に則り適切に管理し、お客様の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することは有りません。

動物病院開業セミナー

事務局：株式会社ラカリテ

TEL.06-6872-0011

メール：kato@laqualite.jp 担当：加藤 茂樹

FAX:06-6872-0012

FAXは
24時間受付