

“ドクターズツアー” お問い合わせシート

年 月 日

医療機関名	
住所	〒
フリガナ	
ご担当者様	
ご希望連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 (- -) <input type="checkbox"/> FAX (- -) <input type="checkbox"/> メール (@)
ご連絡希望時間帯	

※どちらかに○をつけてください。

<p>() 申込みます <small>※参加予定人数をご記入ください</small> 人数 : 名</p>	<p>() 詳細が知りたい <small>※下記いずれかに○をつけてください</small> 資料送付希望 ・ 詳細説明希望 ・ その他</p>
--	--

コース番号	コース名

ご希望やご質問等ございましたら、ご自由にご記入ください。

お申込の場合は、ご旅行予定者様のお名前（フリガナ）と生年月日をお知らせください。

お名前（フリガナ）（同行者様を含みます）	性別	生年月日（同行者様を含みます）
	男・女	年 月 日生まれ

※ ご記入いただきました個人情報につきましては、他の目的には一切使用いたしません。

※ 後日、医師協同組合担当職員または、企画旅行会社担当者よりご連絡させていただきます。

滋賀県医師協同組合

FAX : 077-553-6770