新規会員登録申込書

送付先　：日本メディカルスキルアップ
ＦＡＸ　：03－6893－5946

申込日	年	月	日

受講生利用規約に同意し、下記の通り申し込みします。　※太枠の中をご記入ください。色付のセルは必須項目です。

所属医療機関名 所属部署名/役職 (ゴム印可)	
所属医療機関住所 (ゴム印可)	

職業	□医師　□看護師　□技師　□その他（　　　　）

(ふりがな) お名前		メールアドレス	
電話番号		FAX番号	

資料等送付先住所 (ゴム印可) ※所属医療機関と異なる場合	

申込内容

申込区分	□医師会員：1年プラン（165,000円）
	□医師会員：半年プラン（88,000円）
	□コ・メディカル会員：1年プラン（88,000円）
	□コ・メディカル会員：半年プラン（44,000円）
支払方法	□銀行振込　□現金書留
振込名義 (銀行振込の方のみ)	

通信欄	

JMS Japan Medical Skillup
TEL：03-4588-9056　FAX：03-6893-5946
0120-117-253　受付時間 9:00〜19:00（土日祝も可）
info@skillup-mt.jp
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-10-15-101
運営　株式会社マーサリー