12月7日14:00開催 講習会　『家族全員受診』他 個別案件編

**参加申込書**

本申込書に必要事項をご記入の上、メールに申込書を添付してお送りください。

E-mail宛先：【info@zaidan-sjk.org】

追って、ご連絡いただきましたE-mailアドレス宛に、参加費のお支払い方法、

zoom参加方法等の詳細をご連絡させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　　２０２２　年　　　　　月　　　　　日 |
| 貴保険者名 |  |
| ご住所 |  |
| お電話番号 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご担当者E-mail  |  |
| 参　加　申　込　者　情　報　 |
| お　名　前 | 役　　職 | E-mail※1台のパソコンで複数名が同時に視聴される場合は、共通のE-mailアドレスをお書きください |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**【参加申込合計】**　以下の人数、台数もご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| **zoom参加人数** | **人** |
| **zoom参加パソコン台数** | **台** |

※ご請求額合計＝パソコン台数×参加費（1,000円）＋消費税となります。

**個人情報の取り扱いについて**

当受託機構はお申込みいただきました保険者様の個人情報を以下の目的で利用します。

1. 本特別講演会の開催及び開催に関連するご連絡のため。
2. より良いサービス・商品をご提案、ご案内するため。

**【お問合せ先】**一般財団法人保険療養費審査等受託機構　（担当 伊藤・山崎）

〒164-0013東京都中野区弥生町1-13-7
TEL　03-5371-2061　/　FAX　03-5334-6518　/　E-mail info@zaidan-sjk.org