

この度は、メディソフィアのご利用をお申込みいただきありがとうございます。お手数ですが、メディソフィアのご利用に際し、以下の必要事項をご記入のうえ、事務局宛てにFAX送信していただきますようお願い申し上げます。

【申込書送信先】 FAX番号：03-6804-5449



メディソフィア運営事務局 行

FAXご利用申込書（認定看護管理者向け）

①ご契約者名（必須）

(おふりがな)

②ご住所（必須）

〒 -

③組織名（医療法人、病院等）

(おふりがな)

④部署名

--

⑤お電話番号（必須）

例) 03-1234-5678

⑥eメールアドレス（必須）

--

⑦ご利用期間（必須） 以下の、いずれかの期間に○をつけてください。

3ヶ月 () 6ヶ月 () 1年 ()

【ご利用申込書送信先】 FAX番号：03-6804-5449

お問い合わせ先

メディソフィア

<http://www.med-sophia.com>

ホスピタルパートナーズ株式会社

〒107-0062 東京都港区南青山4-9-19 スパッチョ22-201

TEL: 03-6804-5409 FAX: 03-6804-5449

Mail: info@med-sophia.com