

必要事項をこの用紙にご記入の上、045-594-8589へFAXにてご送付ください。

## 喀痰吸引等研修 お申込 【FAX】見積り依頼用紙

ご依頼日 年 月 日

### 【申込み先】

株式会社 プレゼンス・メディカル  
〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-19-5  
新横浜第二センタービル7F EAPオフィス RESILIENCY  
TEL：0120-698-789  
FAX：045-594-8589

フリガナ			
法人名			
フリガナ			
施設名			
住所	〒		
フリガナ			
担当者名			
研修名			
受講人数			
連絡先	TEL		FAX
	Eメール		

見積送付方法	<input type="checkbox"/> 郵送送付希望	<input type="checkbox"/> FAX送付希望	<input type="checkbox"/> Eメール送付希望
備考			

FAX 見積り依頼用紙に必要事項を記入し下記の FAX 番号まで送信してください。  
送信いただいた見積り依頼内容を確認後、見積書を作成・送信させていただきます。

FAX番号

045-594-8589



**Presence Medical**  
株式会社プレゼンス・メディカル

※この用紙は個人情報保護法に基づき、株式会社プレゼンス・メディカルが責任を持って大切に保管・管理いたします。