

クリニック開業セミナー&個別相談会のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別なご高配を賜り、誠に有難うございます。

さて、この度私共では、先生方が一度は思案される「新規開業」ということをテーマに、
標記の通りセミナー及び個別相談会を企画致しました。

当日は、新規開業に適した優良開業物件のご紹介を交えつつ、
進めさせて頂く予定でございます。

つきましては、ご多用中とは存じますが、ご来臨賜りますようお願い申し上げます。

敬 具



医療コンサルタント 黒田洋介

[主催]  クリニック経営サポートセンター

FAX用お申し込み・資料請求・お問い合わせ用紙 [秘密厳守致します]

セミナーに参加します Eメールでも受け付けております。 **Email** info@clinic-zeirishi.com

ふりがな			
お名前	(生年月日 年 月 日)		
ご住所			
TEL	()	—	
E-mail	@		
勤務先			
診療科目・ご専門	開業予定	年 月頃	・ 未定

ご質問等ありましたらご記入下さい

**セミナー後の
個別相談希望** **ご相談内容**

お申し込み・お問い合わせ・ご質問は、Eメール・TELでも受け付けております。お気軽に下記までお願い致します。

Email info@clinic-zeirishi.com **TEL** 04-2924-4908 クリニック経営サポートセンター (併設:舟越会計事務所)

ご都合によりお越し頂けない方は、当日のセミナー資料をお送り致します。

セミナー資料送付希望 (秘密厳守致します)

お名前		勤務先医療機関	
ご連絡先(送付先)	〒		
TEL	()	—	
E-mail	@		

FAX

04-2924-2987 新規開業 セミナー係

※当ご案内は個人情報保護法に基づき、医療機関内表示・ホームページ内の記載情報をもとに各先生方にご送付致しました。今後送付を希望されない場合は
お手数ですが、右記にチェックの上、上記FAXまでご返送下さい。速やかに対処させていただきます。

今後送付を希望しない