

憧れを、かたちに。



三井ホーム

お申込みFAXシート FAX 03-3348-1553 (24時間受付)

ご希望内容

セミナー参加、個別相談
ともにご希望の方は
両方に✓をご記入ください

セミナーに参加希望 個別相談を希望

※お申込み確認後、メールにて当日のご案内、会場地図をお送りします。
※必ず下記のシート内の「E-mail アドレス」欄にご記入ください。

本シートの必要事項と○に✓をご記入ください。

お名前	フリガナ	年齢	歳
		性別	男・女
ご住所	フリガナ		
	〒 - 都道 市区 府県 町村		
案内状送付先 <input type="radio"/> 同上	〒 -		
ご連絡先電話番号	()		
E-mail アドレス	@	ご参加 人数	人
ご勤務先		<input type="radio"/> 三井ホームの オーナーである	
診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご計画時期	<input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 2年以内 <input type="radio"/> 3年以内 <input type="radio"/> 時期未定 () <input type="radio"/> 開業済		
ご計画内容 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 戸建て開業 <input type="checkbox"/> 建て替え <input type="checkbox"/> ビル・テナント開業 <input type="checkbox"/> ドクターズレントハウス (レントクリニック) <input type="checkbox"/> 医院リフォーム <input type="checkbox"/> 医院承継 <input type="checkbox"/> 移転・分院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他 ()		
開業ご希望エリア	ご希望の沿線 【 線】 【 駅】 ご希望エリア 【 方面】		
資料送付のご希望	<input type="checkbox"/> 戸建て開業 <input type="checkbox"/> ビル・テナント開業 <input type="checkbox"/> リフォーム <input type="checkbox"/> 介護・福祉施設 <input type="checkbox"/> その他 (ご希望の内容を具体的にご記入ください:)		

お申込み方法 下記のいずれかの方法でお申し込みください お申込み締切：2024年5月17日(木)

ドクターズデスク TEL 0120-98-3137 受付時間 10:00~17:00 (水・日・祝を除く)
FAX 03-3348-1553 24時間受付 お申込みFAXシートにご記入の上お送りください

三井ホームドクター専用サイト WITH DOCTORS

三井ホームの医院建築

三井ホーム 医院

検索

【全国セミナー・個別相談会情報】をご利用ください

