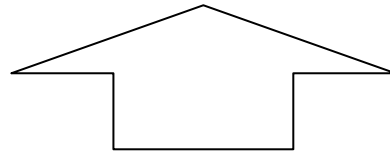


Weaning 2008 _ _ E&T
#

Drägermedical

A Dräger and Siemens Company



ドレーゲル・アカデミー宛

FAX: 03-5245-2130

または郵送〒135-0004 東京都江東区富岡 2-4-10

ウィーニングコース受講申込

| | | | | |
|-------------------|----------------------|---|------|-----------------|
| 申し込み日: | | 年 | 月 | 日 |
| (フリガナ) | ご勤務先: | | | |
| お名前 | 所属課: | | 職種: | |
| 受講料: 6,000 円 | 受講希望コースに()をつけてください。 | | | |
| | () 第1回目 9月30日 (火) | | 東京会場 | |
| | () 第2回目 11月6日 (木) | | 東京会場 | |
| ご連絡先 | ご自宅 | / | 勤務先 | |
| ご連絡/案内送付先: 〒 - | | | | |
| 電話: | (内線) | | FAX: | |
| E-mailアドレス: | | | | |
| 入金予定日: | 年 | 月 | 日 | 領収書: 要 (宛名) 不要 |

* 折り返し仮登録のお知らせをいたしますので、FAX 番号、またはパソコンの E-Mail アドレスのご記入を
よろしく願いいたします。