

ナースの星Q&Aオンライン お試し会員登録申込み用紙

必要事項記入頂き、当社営業担当者にお渡し下さい  
 又はFAX ( 0120-916-956 )でお申込みください。  
 一週間以内にIDとPASSの通知メール連絡させていただきます。


フリガナ				連絡先 TEL	
御名前					
資料送付先 住所	〒 _____ ー _____			下記に○をつけてください。 ・自宅 ・勤務先	
メールアドレス	_____ @ _____ 再度間違いが無いが、ご確認お願いいたします。				
ニック ネーム	_____ ※質問投稿はニックネームと なるので必ず決めてください。				
勤務先 病院名 (施設名)		看護師 経験 年数		専門 領域	
特記事項等備考欄			当社記入欄 ・受付年月日 ・ID連絡月日		

★お願い★

お名前・連絡先TEL・メールアドレス・ニックネームは必ず記入願います。他項目は任意記入です。  
 記入なき場合は情報誌発送や研修会案内発送が出来かねるのでご理解願います

【個人情報扱いについて】

メディバンクス株式会社は、情報社会における個人情報保護の重要性を認識し、当社の定める「プライバシーポリシー・サイトポリシー」ルールに基づき個人情報の保護に万全を尽くします。

MIS地域パートナー  ナースの星Q&Aオンライン

アイティーアイ株式会社

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南3-7-37  
 TEL(092)472-1881(代)

所属部署

担当者

ナースの星Q&Aオンライン 運営会社  
**メディバンクス株式会社**

〒151-0051  
 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-4-23 ビクトリーガーデン203

電話:03-6447-1180

<http://medi-banx.com>

 Medi-Banx Inc.

 ナースの星Q&Aオンライン

<http://www.nurse-star.jp>