

研修お申し込み用紙

(ご記入の上ファックスでお送りいただくか、メールで下記内容をお送りください)

年 月 日

エデュ コミュニケーション行き		F A X : 047-333-6997					
フリガナ							
ご氏名 (代表者名)							
性別	男・女						
貴院・貴施設名							
お申込責任者							
所在地	〒						
電話番号	—	—					
F A X 番号	—	—					
e-mailアドレス	@						
ご職業							
研修名 () にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 病院ブランディング 院内コーチ育成プラン <input type="checkbox"/> 管理職のためのリーダーシップ研修 <input type="checkbox"/> 患者さんの心に届く 接遇研修 <input type="checkbox"/> 患者さんの心に届く 接遇コミュニケーション研修 <input type="checkbox"/> 患者さんとの関係をグッとよくするコミュニケーション研修 <input type="checkbox"/> P S(患者満足)+ E S(スタッフ満足)研修 <input type="checkbox"/> 指導・育成に役立つ医療コーチング研修 <input type="checkbox"/> アクティベーションを起こす院内階層別研修 <input type="checkbox"/> リーダーズコーチング <input type="checkbox"/> パーソナルコーチング						
研修希望日	第一希望	年	月	日～	年	月	日
	第二希望	年	月	日～	年	月	日
	第三希望	年	月	日～	年	月	日
ご希望・ご質問など お気軽にお尋ねください							