



온라인 교육 신청서

교육 신청을 원하시는 분은 하기 정보를 기재하여 메일로 회신해주세요.

병원명 :

이름 :

직업 :

이메일 주소 :

전화번호 (대표번호로 대체 가능) :

※ 회신할 메일주소: acdx.kr@werfen.com



방문 교육 신청서

교육 신청을 원하시는 분은 하기 정보를 기재하여 메일로 회신해주세요.

병원명 :

이름 :

직업 :

이메일 주소 :

전화번호 (대표번호로 대체 가능) :

교육 일정 :

(6 월 중, 귀원에서 편하신 날짜 및 시간을 작성해 주세요. 선착순 신청으로 일정 확정 후 병원별도 연락드립니다.)

※ 회신할 메일주소: acdx.kr@werfen.com