

FAX(03-6273-2309)にて送信願います

東西融合医療セミナー

受講申込書

申込日 平成 年 月 日

セミナー月日	3月18日	6月17日	6/17懇親会	9月9日	12月16日	12/16懇親会
希望日(○)						

参加希望日に○をしてください。

フリガナ	
氏名	
自宅	〒
	TEL
	FAX
	E-mail
勤務先	〒
	名称:
	TEL
	FAX
	E-mail
職業	
連絡先	自宅・勤務先(ご希望先に○を付けて下さい)
当てはまる箇所に	社・老人病研究会 Gold-QPD 東西融合医療 その他
○印をつけて下さい	会員() 鍼灸師() 同志() ()

■個人情報の利用について

主催者は、当申込書に関する個人情報を本セミナー講座に関する業務のみに利用致します。

■申込先・問合せ先

新宿漢方クリニック

TEL:03-6273-2209 FAX:03-6273-2309 E-mail:kawanami@tcm-kampo.com