

日本医師鍼灸研究会セミナー受講申込書

(カタカナ)

氏名

住所

所属

電話

FAX

E-Mail

ご質問、ご要望などをお書き下さい。本セミナーで出来る限りお答えします。

~~~~~

この申込書を FAX または郵送で送ってください。

申込書、振込みを確認の上、領収書を郵送いたします。会費は当方の事情により本セミナーが不開催となった場合を除き払い戻しできませんので、ご了承下さい。申込本人の代理の方の参加は可能です。

講義、実習はすべて DVD 収録いたしますので、DVD による復習が可能です。

(参加者には実費お分けします。)

**日本医師鍼灸研究会セミナー事務局**

〒431-3122 静岡県浜松市東区有玉南町 1880 番地 間宮内科クリニック

TEL・FAX (053) 471-6120 担当：高橋