

FAX(03-6273-2309)へ送信願います

東西融合医療セミナー

受講申込書

申込日 令和 年 月 日

開催場所 公衛ビル1階会議室 新宿区新宿1丁目29番8号

共催 新宿漢方クリニック・ 一般社団法人老人病研究会

セミナー月日

| | | |
|------|------|-------|
| 7月7日 | 9月8日 | 12月8日 |
| | | |

希望日(○)

受講費 一般 2,000円、 社団会員-Gold・QPD鍼灸師-医・薬・鍼・看などの学生 1,000円

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 自宅 | 〒 |
| | TEL |
| | FAX |
| | E-mail |
| 勤務先 | 名称 |
| | TEL |
| | FAX |
| 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 | 一般()、 一社・老人病研究会会員()、 |
| ○印をつけて下さい | Gold-QPD鍼灸師() 学生; 鍼灸、薬学、看護、医学() |

■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 FAX:03-6273-2309

問合せ先 新宿漢方クリニック TEL:03-6273-2209 URL: <http://tcm-kampo.com/news.php>

E-mail: kawanami@nms.ac.jp