

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 29 年 月 日

セミナー月日	3月26日	6月18日	6/18懇親会	9月24日	12月17日	2/17懇親会
希望日(○)						

参加資料代： 一般:2000円、 社団・Gold-QPD・学生1000円、 同志会500円、 (懇親会 1000円)

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	一社・老人病研究会 Gold-QPD 東西融合医療 学生 一般
○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。
東西融合医療同志会へ入会希望者は別途、新宿漢方クリニックにご連絡ください(特典あり)。

■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@nms.ac.jp