

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

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、学生、 1000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()

■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 URL: <http://tcm-kampo.com/news.php>

TEL: 03-6273-2209 FAX: 03-6273-2309 E-mail: kawanami@nms.ac.jp