

プリントアウトしてご使用下さい

第18回オゾン療法セミナー参加申し込み

記入日 201 年 月 日

FAX番号 **072-839-8084** (事務局担当 中室)

申込み期限 **2010年12月25日**

FAX 返送にご協力下さい。

A 第18回オゾン療法セミナーに参加します。

フリガナ
氏名:

該当に○をつけて下さい

医師	看護師	歯科医師	薬剤師	獣医師	一般	再受講
----	-----	------	-----	-----	----	-----

所属: 専門:

連絡先 (下記のうち連絡希望先に○印をしてください。連絡はFAXで行いますので記入漏れのないようにお願いします)

所属住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-
	FAX	-	-

自宅住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-
	FAX	-	-

Aでない方は下のBかCどちらかに○をつけて、連絡方法などを以下にご記入下さい。

B 第18回への参加は未定だが、とりあえず今後の連絡は受けたい。

C 今後、開催される時には連絡を頂きたい。

フリガナ
氏名:

該当に○をつけて下さい

医師	看護師	歯科医師	薬剤師	獣医師	一般	再受講
----	-----	------	-----	-----	----	-----

所属: 専門:

連絡先 (下記のどちらかに連絡希望先に○印をしてください)

所属住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-
	FAX	-	-

自宅住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-
	FAX	-	-

希望連絡先 ①所属住所 ②自宅住所 (どちらかに○をつけてください)

D. その他ご要望がございましたら、ご記入下さい。