

プリントアウトしてご使用下さい

第25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 **2013年1月5日**

FAX 返送にご協力下さい。

A 第25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		自宅住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-		TEL	-	-
	FAX	-	-		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25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		自宅住所	〒	都道府県	
	TEL	-	-		TEL	-	-
	FAX	-	-		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。