

プリントアウトしてご使用下さい

# 第34回オゾン療法トライセミナー参加申し込み

記入日 201 年 月 日

FAX宛先 **072-807-6025** あるいは Mail: ozone@js-mhu-ozone.com

(事務局担当 中室克彦)

申込み期限

平成28年2月20日

FAX あるいは Mail 返送にご協力下さい。

## A 第34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	
	E-mail		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

自宅 住所	〒	都道 府県	
	E-mail		
	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34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	
	E-mail		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

自宅 住所	〒	都道 府県	
	E-mail		
	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。

※参加申し込みの方は、参加費およびテキスト代を早急にお振り込みください。