

プリントアウトしてご使用下さい

# 第37回オゾン療法トライ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)

申し込み期限 **平成28年10月25日(火)**

FAX あるいは Mail 返送にご協力下さい。

## A 第37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
会員 (オゾン学会・バイオレゾナンス医学会)						非会員
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37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。

※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。