

プリントアウトしてご使用下さい

第 45 回オゾン療法トライセミナー参加申し込み書

記入日： 年 月 日

FAX 宛先：072-807-6025

Mail：ozone@js-mhu-ozone.com

(事務局担当：中室克彦)

申込み期限

令和2年12月1日

第 45 回 オゾン療法セミナーに参加致します

フリガナ

氏名：

会員 非会員 医師 看護師 歯科医師 薬剤師 獣医師
 その他 再受講 ※該当に○をつけて下さい

所属：

専門：

連絡先 (下記に記入の上、どちらかに丸をお付け下さい。連絡は○印に致します。お忘れなく)

所属住所	〒	都道府県	
	E-mail		
	TEL	-	-
	FAX	-	-
自宅住所	〒	都道府県	
	E-mail		
	TEL	-	-
	FAX	-	-

「新版オゾン療法(2018)」購入希望 有 無 ※有りの場合、別途 10,000円(税込)

日本医療・環境オゾン学会への新規入会希望： 有 無 ※有りの場合、別途 10,000円(税込)

※当学会へ新規入会し同時に年会費を納入された方は、本セミナーには会員価格が適応されます。

後日実技講習の受講希望： 有 無 ※有りの場合は予め入会をお願いします。

* 参加費は早めにお振り込みください。ご入金を確認した後にテキストをお送りいたします。

* ZOOMのURL等についてはメールでご案内します。メールアドレスを必ずご記入ください。