

2010 Dr. Bob Leckridge 集中講義 申込書

●会員番号：JPSH - _____

●お名前： _____

●部門： 医師 ・ 歯科医師 ・ 獣医師 ・ 薬剤師 (○をお付けください)

●参加区分 (○をお付けください)

() 5月3日 (月・祝)

() 5月4日 (火・祝)

() 5月5日 (水・祝)

●ご連絡先： 勤務先 ・ ご自宅 (○をお付けください)

●住所： 〒

●TEL： _____ ●FAX： _____

●E-mail： _____

●領収証について

受講料の領収証は、セミナー当日にお渡し致します。

領収証のお宛名にご指定ある場合、以下にご記入下さい。

領収証宛名： _____

お申込締切：4月23日(金)

お申込受付後、折り返し、受講証・会場案内・振込案内をお送りします。

(日本ホメオパシー医学会 事務局 FAX：03-6280-8859)