

2011 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 (火・祝)

( ) 5月4日 (水・祝)

( ) 5月5日 (木・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： 2011年4月25日)

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 事務局宛 E-mail : info@jpsh.jp

FAX : 03-6280-8859

