

日本ホメオパシー医学会

2011年 英国海外研修 申込書

◇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)

◇ご連絡先： 勤務先・ご自宅 (○をお付けください)

◇住所： 〒

◇TEL： _____ ◇FAX： _____

◇E-mail： _____

※領収証のお宛名にご指定ある場合、お手数ですが下記にご記入下さい。

◇領収証宛名： _____

※お申込は6月15日(水)まで。

※キャンセルは2週間前まで20%、3日前まで50%、以降100%のキャンセル料が発生致しますのでご注意下さい。