

セントラルチェーンと自己調節 申込書

平成 29 年 5 月 4 日～7 日開催

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
英語氏名	※修了証書表記用にお名前の正確なアルファベット表記を記入してください。(例) Masahiro Nishiyama						
住所							
電話番号			FAX				
携帯電話			Eメール				
医療資格	有：		無：医療資格養成校学生・その他				
勤務先名							
備考							

- 1.セミナー中に動画及びデジタルカメラによる写真撮影をしないこと。
 - 2.講義中に医療事故が発生した場合でも、講師及び主催者に対する一切の責任を問わないこと。
- 上記 2 点を約束の上、申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____



〒530-0044

大阪府大阪市北区東天満 2-4-16 シャルムヒルズ南森町 1F

FAX：06-6948-5671 お問い合わせ：info@fulcrum-osteopathy.jp

*月曜と金曜はお休みさせていただいております。