

Fulcrum の概念Ⅱ 申込書

平成 27 年 4 月 25 日(土)～26 日(日) 開催

フリガナ 氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所								
電話番号				FAX				
携帯電話				E メール				
勤務先名								
備考								

- 1.セミナー中に動画及び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 _____

Fulcrum Osteopathy Study Group

〒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きます。