

Fulcrum の概念Ⅱ 申込書

平成 31 年 4 月 13 日(土)～14 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 | | |
| 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。