

Fulcrum の概念 I 申込書

() 平成 26 年 1 月 18 日～19 日開催

() 平成 26 年 2 月 1 日～2 日 開催

() 平成 26 年 2 月 22 日～23 日開催

*参加を希望される日程に○をご記入ください。

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 _____

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 問合せ : 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。