

Fulcrum の概念 I 申込書

平成 28 年 9 月 18 日～19 日開催 (札幌会場)

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								
ご紹介者								
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いております。