

Fulcrum の概念 I 申込書

平成 29 年 3 月 4 日～5 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。