

慢性的な激しい痛みに対するオステオパシー治療セミナー申込書

2019年11月21日～24日開催

フリガナ 氏名	性別 男・女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日
英語氏名	※修了証書表記用にお名前の正確なアルファベット表記を記入してください。(例) Masahiro Nishiyama					
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デジタルカメラによる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。

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。