

ステップアップ研修講座 X 受講申込書

参加希望の回に○印をつけて、必要事項をご記入の上 FAX にてお送りください。
原則として全講座受講となります。人数に余裕がある場合のみ単独講座受講も可能です。
FAX 送信先 0463-71-2839 / 0422-34-8730

第1回	6月18日(金)	鬱症	コロナ鬱	<input type="checkbox"/>
第2回	9月10日(金)	眼精疲労	目の疲れの原因と薬膳処方	<input type="checkbox"/>
第3回	10月8日(金)	味覚障害	五臓との関係	<input type="checkbox"/>

会 費	全講座 (3回) 8,000円 単講座 (1回) 3,500円 ※会費は初回の会場にてお支払いください。
-----	--

ご氏名	<input type="checkbox"/> 非 会 員 <input type="checkbox"/> 会 員 (No.)
ご住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> -----
メールアドレス	
電話番号	FAX 番号
— —	— —

