

03-6435-9331

実習申込用紙

申込日 西暦          年    月    日

|                       |                                                                                                   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| *フリガナ                 |                                                                                                   |
| *ご芳名                  |                                                                                                   |
| *M A I L<br>又は携帯電話    | ※緊急連絡先として必ずご記入下さい。                                                                                |
| 電話                    |                                                                                                   |
| F A X                 |                                                                                                   |
| 書<br>類<br>送<br>付<br>先 | *送付先<br>(注) どちらか片方に☑をお付け下さい。<br><input type="checkbox"/> 刊行物送付先と同様 <input type="checkbox"/> 以下の住所 |
|                       | 住所<br>(注) 送付先で以下の住所を選択された方のみご記入下さい。<br>〒<br><br>(建物名 ; )                                          |
| *連絡先情報の<br>利用について     | ※本実習に関する緊急のご連絡を世話人蜂谷 明子より直接差し上げる場合がございます。「了承する」に☑をお付け下さい。<br><input type="checkbox"/> 了承する        |
| 相談医番号                 |                                                                                                   |
| *会員番号                 |                                                                                                   |

※※ 2025 年 9 月 16 日までは相談医の先生を優先的に受付致します ※※