

# 日本アロマセラピー学会中国地方会セミナー申込書

FAX …… プリントアウトし、必要事項記載後このままFAXして下さい。⇒FAX:0834-25-0356

Mail …… 添付ファイルでお送り下さい ⇒ [unohonin@m2.ccsnet.ne.jp](mailto:unohonin@m2.ccsnet.ne.jp)

## 自宅

フリガナ			
氏名			
〒			
住所			
電話番号		携帯電話	
FAX		Mail	

## 勤務先

名称			
〒			
住所			
電話番号		携帯電話	
FAX		Mail	

資格等(該当するものに○)

<input type="checkbox"/>	会員 ¥2,500	日本アロマセラピー学会	会員NO.	<input type="text"/>
--------------------------	-----------	-------------	-------	----------------------

<input type="checkbox"/>	非会員 ¥3,000
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	学生 ¥2,000	( 学校名 )
--------------------------	-----------	---------

## 職種

<input type="checkbox"/>	医師	<input type="checkbox"/>	歯科医	<input type="checkbox"/>	鍼灸師
<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	助産師	<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input type="checkbox"/>	その他医療従事者( )				
<input type="checkbox"/>	その他 ( )				

昼食申込(サンドイッチ・コーヒー ¥550(税込))

有  無

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

ワークショップ(アロマスプレー作り)参加申込

<input type="checkbox"/>	ラベンダー他二種
<input type="checkbox"/>	オレンジスイート他二種
<input type="checkbox"/>	ペパーミント他二種

※振込期限 8月20日

\*この中から一つお選び下さい。 ¥300(税込)

振込先 山口銀行 櫛ヶ浜支店  
 口座番号 普通預金 6101041  
 口座名 日本アロマセラピー学会中国地方会

振込の方は当日会場にて領収書をお渡しいたします。  
 なお個人情報につきましてはアロマセラピー学会関係案内に使用させていただきます。