

▽セミナー申し込みシート①

セミナー申し込みシート①②に必要事項を記載し、お振込み控えを貼ったあと、
セミナー申し込みシート①②を、一緒に FAX して下さい。

FAX : 048-528-2829

- ※ セミナー申し込みシート①②を、FAX されないと、セミナー予約にはなりません。
ご了承ください。
- ※ お手数ですが、FAX 後、必ず、受講内容の確認を学会本部までお電話ください。

TEL048-528-2828

中部地方会と看護研究会における共同開催セミナーに参加を希望します。

『アロマセラピー基礎理論』 9月6日 名古屋会場
 (会員¥2,500 非会員¥3,500)

○セミナー参加費・・・・・・・・・・ **合計金額¥**

○氏名：①(代表者) _____ [セラピー学会会員 No 非会員]

[看護師 ・ 助産師 ・ 保健師 ・
 その他の医療従事者 (_____) その他 (_____)]

○TEL: _____ ○携帯: _____
 (代表者) (代表者)

