

第7回 アンチエイジングセミナー in 九州

参加申込用紙

参加ご希望の方は、下記空欄に全てご記入の上、FAXにてご返信ください。(03-5774-7015)

◆定員：先着 150 名様 ◆参加費：1 名様 5,000 円(税込)/事前振込み

ご昼食とお土産に「イオン美顔器キャリーオン」をご用意しております。

貴 院 名			
ご参加者①	診療科		役職
	氏名		
ご参加者②	診療科		役職
	氏名		
ご 住 所	〒 -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()
お電話番号			
e-mail	当セミナーのお申込み内容の確認などをメールにてお送りいたしますので、必ずご記入ください。		
お振込み名義			

お申込みを確認後、ご記入いただきました e-mail アドレス宛に「お申込み内容の確認」をお送りいたします。2 週間以内に届かない場合は参加申込の受付がされていない場合がございますので、恐れ入りますが、下記までお問い合わせください。

※ 頂いた情報は、セミナーや新製品などのご案内にのみ使用いたします。ご案内を希望されない場合は、チェックをご記入ください。
希望しない