FAX：03-5688-1652

申込締切：2017 年 2 月 3 日（金）

先着 10 名様無料ご招待（定員締切）

プライベートワークショップ in 名古屋
参加申込書

参加ご希望の方は、下記空欄に必要事項をご記入の上、上記 FAX 番号までご返送くださいませ。
会場の都合上、1 施設 2 名様までの受付とさせていただきます。何卒ご容赦ください。

貴　院　名				
ご参加者①	診療科	□皮膚科　□美容皮膚科　□形成外科 □美容外科　□整形外科　□婦人科 □内科　□耳鼻咽喉科 □ その他（　　）	役職	*大学病院・病院の方* □教授　□准教授　□講師　□助教　□部長 □医長　□その他（　　） *クリニックの方* □ 院長　□ 医師　□ 事務長　□ 看護師 □ スタッフ　□ その他(　　)
	氏名			
ご参加者②	診療科	□皮膚科　□美容皮膚科　□形成外科 □美容外科　□整形外科　□婦人科 □内科　□耳鼻咽喉科 □ その他（　　）	役職	*大学病院・病院の方* □教授　□准教授　□講師　□助教　□部長 □医長　□その他（　　） *クリニックの方* □ 院長　□ 医師　□ 事務長　□ 看護師 □ スタッフ　□ その他(　　)
	氏名			
ご　住　所	※セミナーの 1 週間前までに参加証・地図を送付いたしますので、必ずご記載下さい。 〒　　－		□勤務先 □自宅 □その他 （　　）	
お電話番号				
FAX 番号				
e-mail				

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

お申込みを確認後、ご記入いただいた FAX 番号宛に**「お申込み内容確認書」**をお送りいたします。一週間以内に届かない場合は、参加申込み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。

JMEC FOR THE PATIENTS' SMILE

企画協力：株式会社ジェイメック　担当：後藤・山田
お問い合わせ：e-mail:seminar-info@jmec.co.jp
Website：http://www.jmec.co.jp/