２０１７年度「統合医療栄養学セミナー・基礎編」受講申込書

申込日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 比較統合医療学会 | □会員　　　　　　□非会員　　　　　（どちらかに☑をお付けください） |
| フリガナ  　氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| フリガナ  　勤務先名 |  |
| 勤務先住所 | 〒 |
| 勤務先ＴＥＬ |  |
| 勤務先ＦＡＸ |  |
| Ｅ-ｍａｉｌ |  |

※申込書が届きしだい、事務局から受講料の振込のご案内をお送りしますので、氏名・住所およびEメールアドレスは必ずご記入ください。

ＦＡＸ送付先　０３‐３２５８‐８１０２

**一般社団法人比較統合医療学会　事務局　宛**

※申込締切　２０１７年２月１０日（金）