**オーストラリア・アセアンメディカル栄養療法学院による点滴実習セミナー**

**お申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加ドクター氏名 |  | クリニック名 |  |
| クリニック所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |
| お電話番号 |  | FAX番号 |  |
| Eメールアドレス |  |
| 参加される日に○印をお付け下さい。 |  | **2月10日**　（参加費：30,000円） |  | **2月11日**　（参加費：30,000円） |
| ご一緒に参加される方がいる場合はご記入ください。 |
| 参加者氏名 |  |  | **2月10日**　（参加費：30,000円） |  | **2月11日**　（参加費：30,000円） |
| 参加者氏名 |  |  | **2月10日**（参加費：30,000円） |  | **2月11日**　（参加費：30,000円） |

下記に参加費のお支払先情報をご案内いたしますので、参加費合計金額をお振込いただけますようお願いいたします。

■銀行名：ゆうちょ銀行

■金融機関コード：９９００

■店番：０１８

■預金種目：普通

■店名：〇一八 店（ゼロイチハチ店）

■口座番号：６３５１２０９

■名前：ニホンオーソモレキュラーイガクカイ

【注】

※お振込はドクター名でいただけますと幸いでございます。

※領収書を発行いたしますので領収書宛先の名称をお知らせください。

　　E-mail: info@orthomedjapan.org

 FAX: 03-3222-5770

 日本オーソモレキュラー医学会事務局

【後援：国際抗老化再生医療学会】