OZONE WORKSHOP JAPAN 2016 参加申込書

　**Fax宛先： 072-807-6025**

**Mail：****ozone@js-mhu-ozone.com**

 (事務局担当：中室克彦）

**申込み期限：平成28年8月30日**

記入日 　　年 　月 　日

フリガナ

氏 名　　　　　　　　 　　　　（会員　非会員　医師　看護師　歯科医師　薬剤師　獣医師

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他　再受講、　該当に○をおつけ下さい）

所 属 　　　 専門

　連絡先 （下記に記入の上、どちらかに丸をお付け下さい。連絡は○印に致します。お忘れなく）

　所属 住所 　〒

Tel: Fax:

 Mail：

 自宅 住所 　〒

Tel: Fax:

　 Mail：

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

＊参加申し込みの方は、参加費60,000円を早急にお振り込みください。入金を確認次第ご連絡いたします。

注：Mailで連絡ができるようMailアドレスを必ずご記入ください。