

臨床的触診講座

申し込みフォーム

氏名 (ふりがな): _____

資格: _____

施設名: _____ 経験年数: _____ 年

住所: 〒 _____

連絡先: (自宅) _____ (携帯) _____

E-mail: (自宅) _____ (携帯) _____

ご意見・ご要望及び何か質問したいことがございましたら下記にご記入ください。

《申込方法》

1. 申込フォームをFAXにてご送付いただくか、もしくは同じ内容をメールでご連絡ください。

株式会社ゼニタ 臨床的触診講座

TEL 052-238-3380 FAX 052-238-3381 銭田治療院千種駅前内

E-mail:rehabiljuku@gmail.com

2. 弊社にご連絡後、入会金および月会費を下記口座に振り込みにてご入金をお願いします。

【振込先】三菱東京UFJ銀行東支店 普通 0040257

口座名 株式会社 ゼニタ 代表取締役 銭田 良博

カブシキガイシャ ゼニタ ダイヒョウトリシマリヤク ゼニタ ヨシヒロ

※ 振込手数料は受講者様にてご負担をお願いします。

※ お振込みの際、申込者の氏名を必ず入力してください。

3. ご入金弊社で確認できた時点で申し込み完了となります。ご入金後の返金はできませんので、あらかじめご了承ください。

FAX 番号 052-238-3381

E-mail rehabiljuku@gmail.com