……

申込書

□　「董巍先生の臨床講座」を受講します。

申込日　：　　年　　月　　日

氏名：フリカナ	**TEL：勤務先　・　自宅** ―　　― **FAX：勤務先　・　自宅** ―　　―
ご連絡先住所：〒　　―　　　　**勤務先　・　自宅**	
ご職業	□ 医師　□ 薬剤師　□ 薬種商　□ 鍼灸師 □ その他　（　　）
勤務先名　：	**特定非営利活動法人中医薬学会連合会** □ 会員 □ 非会員 □ 入会希望　（資料送付希望）
E-MAIL	

※【中医薬学会連合会へのご入会を希望される方】

特定非営利活動法人中医薬学会連合会への入会手続きをご希望の方は、申込書の入会希望欄にチェックをして下さい。申込書をご送付申し上げます。

……

FAX　03－5848－7588　　**株式会社　天蘭**

〒108－0074　東京都港区高輪 4－20－16－201

TEL：03-5420-6950