

セミナー参加申込書



セイリン株式会社 斯波宛

| | |
|-------|----------------|
| セミナー名 | 眼精疲労と胃腸病に対する鍼灸 |
|-------|----------------|

ご記入いただきました個人情報は、本セミナー受付管理事務及び開催前後の連絡に利用させていただきます。

FAX申込書

| | | | |
|-----------------|-----------|--------------|----------|
| ご参加される方 | | 申込日 平成 年 月 日 | |
| ① お名前 | フリガナ | ② 年齢 | 鍼灸師/鍼灸学生 |
| ③ 勤務先 または学校名 | | ④ 領収書の宛名 | |
| ⑤ ご住所 | □□□□-□□□□ | | |
| ⑥ TEL | () - | ⑦ FAX | () - |
| ⑧ 当日の 緊急連絡先 | () - | ⑨ E-mail | @ |



メールでのお申込み [24時間受付]

k.shiba@seirin.tv

(担当：斯波)

メールでの申込みの方は、下記の項目内容をご記載のうえ、ご送信ください。

| | |
|------|--|
| 【件名】 | 眼精疲労と胃腸病に対する鍼灸 |
| 【本文】 | ①お名前 ②年齢 ③勤務先名 ④領収書の宛名 ⑤住所 ⑥電話番号 ⑦携帯電話 ※当日ご連絡が可能なもの |

【振込先口座】

<ゆうちょ銀行もしくは郵便局で手続きする場合はこちら>

ゆうちょ総合口座 [記号・番号] 10370-94135191 [口座名義] セイリン東京運営部

<別の銀行等の金融機関から、ゆうちょ口座へお振込みの場合はこちら>

[銀行名] ゆうちょ銀行 [支店名] ○三八店(ゼロサンハチ) [口座種類] 普通預金

[口座番号] 9413519 [口座名義] セイリントウキョウウンエイブ

! 受講料は、申込後10日以内にお振込ください。また手数料につきましては、自己負担となります。
お申込み完了後のキャンセルは、開催10日前までにご連絡ください。その際、振込手数料を引いた金額を返金いたします。
それ以降のキャンセルにつきましては、キャンセル料として受講料の全額がかかりますのでご承知おきください。

FAX :03-6859-0229

お問い合わせ

セイリン株式会社 東京オフィス (担当：斯波)

TEL : 090-4268-6159

k.shiba@seirin.tv