

初級セミナー申込み書(セミナー全部受講)

申込日	年 月 日		
一般・会員	ふりがな		年齢
会員番号( )	氏名		性別
			歳 男・女
自宅住所	〒		自宅TEL FAX
E-mail			
所属名		職種/部署	経験年数
所属住所	〒		所属TEL FAX
4日間の昼食 (1食500円前後予定、自己負担)		懇親会の参加について	
7/22(土)	ランチオンセミナー	セミナー参加者・スタッフ・講師を含め親睦を深めたいと思います。ネットワークの最初の一步です。是非ご参加ください。(3000~4000円程度の予定)	
7/23(日)	要・不要		
8/26(土)	要・不要		
8/27(日)	要・不要		
		出席・欠席	
		資料送付希望先 (希望がなければ自宅郵送)	
		自宅・所属	
申込み・問い合わせ先(FAXまたはメールフォームからお願いします)			
首都圏初級セミナー事務局 松浦 麻果 丸谷 有香			
FAX 050-3488-1879 E-mail continence.uro@gmail.com			
URL http://continence.serio.jp			
メールフォームからの申し込みはこちら➡			



\*今後の連絡はメールを活用していきます。添付ファイルが開けるアドレスの記入をお願いします。  
また、申し込み後は定期的にチェックをお願い致します。

コマ受講申込み書

ふりがな		受講希望コマ (○をつけてください)		
氏名				
住所	〒	7/22 14:00~17:10	8/26 15:40~17:10	7/22&8/26 両方受講
電話		E-mail		

事務局記入欄			
<input type="checkbox"/> 受付確認メール	<input type="checkbox"/> CP入力	<input type="checkbox"/> 開催決定メール	<input type="checkbox"/> 受講料確認
備考			

FAX送信先 050-3488-1879