

## 医師 / 看護師専用足爪補正士コース 受講申込書

\*本受講申込書の原本は写真貼付の上、講習会当日にご持参ください。

申込年月E	3 西暦		年	月	В						
フリカ <sup>*</sup> ナ 氏名									写	真	
自宅住所	₹	_		(	昭・平	年	月	日生)	*スナップ	写真でも可	
自宅電話						携帯電話					
勤務先名							( □ <b></b>	圣営者	□勤務者	口看	護師 )
勤務先住所	听 <b>=</b>	Ē	_				●勤務先	記の定休日	(		)
電話番号	<ul><li>活番号</li><li>ファックス番号</li></ul>										
メールアド	・レス										
診療科(	部門)										
書類、症例結果等をお送りする際、確実に お受け取り可能な方をお選びください。						電話連絡を差し上げる際、確実にご連絡がつく時間帯をご記入ください。					
口ご自宅		□勤務	先			午前 • 午後	時~	~ 時	< 携帯	• 勤務先	>
	星の会場に		れ、お日	New アド にちをご記入・ 東京		<b>)</b> ース (2 E	3間完結	)			
• 西曆	味当	年	月	$ riangleright$ $\sim$	月	$\Box$	162,0	000円	(税込)		
				っていらっし <sup>。</sup> 務先をご記入		うの方もご受調	講頂けます	-			
				ださい。本申込 の如何を問わす					みの完了とさせ	ていただき	ます。
		三菱し		示 新大阪駅 株式会社ペ <sup>・</sup>			005	6624			

株式会社ペディグラス