

第15回 薬師山セミナー「最期の生き方」 参加申込書

	フリガナ お名前	年齢	職業	参加証 送付先住所	電話番号	FAX番号
1			学生の方は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい <input type="checkbox"/>	〒 ※上記住所は 所属先 ・ ご自宅 （該当する方に○を付けて下さい） ※所属先への送付をご希望の方は、所属先及び部署までご記入下さい。		
2			学生の方は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい <input type="checkbox"/>	〒 ※上記住所は 所属先 ・ ご自宅 （該当する方に○を付けて下さい） ※所属先への送付をご希望の方は、所属先及び部署までご記入下さい。		
3			学生の方は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい <input type="checkbox"/>	〒 ※上記住所は 所属先 ・ ご自宅 （該当する方に○を付けて下さい） ※所属先への送付をご希望の方は、所属先及び部署までご記入下さい。		
4			学生の方は <input checked="" type="checkbox"/> をご記入下さい <input type="checkbox"/>	〒 ※上記住所は 所属先 ・ ご自宅 （該当する方に○を付けて下さい） ※所属先への送付をご希望の方は、所属先及び部署までご記入下さい。		

◎FAX送信先

FAX 075-495-1189

◎締め切り日

10/26(金) (先着順となります)

◎お問い合わせ先

薬師山病院セミナー係 〒603-8479 京都市北区大宮薬師山西町15 TEL:075-492-1230

一般財団法人 薬師山病院