

聴講申込書

私は、平成 年 月 日・平成 年 月 日 の日中医薬研究会関西支部の
聴講を申し込みます。

ふりがな
氏名：

住 所	電話番号	F A X 番号
	携帯番号	
生年月日	歳	ご職業

聴講理由 (参加の動機等)

会 場：メルパルク京都
住 所：京都市下京区東塩小路町676 - 13
電 話：075 - 352 - 7444
* 聴講は 1 例会 (2日間) のみとさせていただきます。

返送先：日中医薬研究会関西支部事務局

三重県名張市榊町1404 - 1 田中余以德齋薬局 田中英樹 TEL:0595-63-0238 FAX:0595-63-0268