千代田国際クリニック　患者大学

参加申込書

申込日２０２０年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | □会員（会員とは、（公財）国際全人医療研究所の会員です）  □非会員・・・□入会手続き中　□入会書類送付希望 |
| カナ |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先住所 | 〒（　　　　　　－　　　　　　） |
| TEL／FAX | TEL　　　　　　　　　　　　　 FAX  携帯 |
| E-mail |  |
| 参加日（複数可）を  ご記入ください |  |