

中医鍼灸臨床特別セミナー参加申込書

平成29年4月16日（日）の中医鍼灸臨床セミナーの参加を希望します。

氏 名 _____

所属学科 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

携帯電話 _____

E-mail _____

(アドレスをお持ちの方は必ず記入して下さい)

連絡事項

- 申込締め切り日：4月10日（月）
（受付時間：平日9：30～18：00）
- お申込方法：お電話又は当申込用紙をF A Xで日本校までお送り下さい。
又はE-mailでお申し込み下さい。
- お申し込み先：上海中医薬大学附属日本校
〒530-0047
大阪府大阪市北区西天満1丁目7番20号
TEL：06-6362-1501 FAX：06-6362-1505
E-mail：mail@shutcm.ed.jp