清　　　流　　　の　　　会

参加申込書

申込日：20　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | □会　員□非会員・・・□入会手続中　□入会書類送付希望 |
| カナ |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先住所 | 〒 |
| TEL／FAX | TEL　　　　　　　　　　　　　FAX |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希望受講日 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| お申し込み先：千代田国際クリニック〒101-0053東京都千代田区神田美土代町11-8-6F**TEL: 03-5577-2070****FAX：03-5577-2071** | 受付 | 台帳 | 受講料 | 返信 |
|  |  |  |  |

＊個人情報に関して、厳密に、適正に管理いたします。

当会の運営以外の目的で使用することは、一切ございません。

＊キャンセルの場合、事前にご連絡をお願いいたします。