

FAX 072-960-1052

* FAX受領後、3営業日以内に、「受付完了・注意事項」のご連絡をいたします

お申込参加人数 名 合計送付枚数

申込NO:

マンテカUPセミナー お申込フォーム

開催地() 開催日 年 月 日()、 月 日()

◆案内書送付先住所(※参加代表者の自宅以外の場所へ送付希望の場合、ご記入ください)

〒 都道府県 名称: ※病棟名等、出来るだけ詳しくご記入ください TEL: 様 FAX:

ID 参加日: 両日、1日目のみ、2日目のみ
参加代表者 氏名: 資格: 助産師 看護師 准看護師 保健師 作業療法士 理学療法士 その他
ご自宅住所: 都道府県
mailアドレス: @
メルマガ: メンテ"カ"UP通信を申込
受講時期() 受講場所()
※セミナー受講に必要な「持ち物」は、HP・チラシ等をご参照の上、希望されるアイテムに、□チェックをしてお申込ください

お振込時の控え「払込票兼受領証」は公的な領収証としてご利用いただけます
別途、トコ企画発行の「領収証」を希望される方は、右記(1)(2)のご希望内容にチェックを入れてください

(1) 領収証の宛名 □所属先 □所属先・代表者名 □所属先・各参加者 □代表者(個人名のみ) □各参加者
(2) 金額 □合計金額 □受講料と申込教材費を分ける

注) お振込時の「払込票兼受領証」と引換になります

【連絡欄】

ID 参加日: 両日、1日目のみ、2日目のみ
参加者2 氏名: 資格: 助産師 看護師 准看護師 保健師 作業療法士 理学療法士 その他
ご自宅住所: 都道府県
mailアドレス: @
メルマガ: メンテ"カ"UP通信を申込
受講時期() 受講場所()
① トコちゃんベルトI □購入 □レンタル (S・M・L・LL)
② トコちゃんベルトII □購入 □レンタル (S・M・L・LL)
③ テキスト書籍 『骨盤メンテ』952円+税

ID 参加日: 両日、1日目のみ、2日目のみ
参加者3 氏名: 資格: 助産師 看護師 准看護師 保健師 作業療法士 理学療法士 その他
ご自宅住所: 都道府県
mailアドレス: @
メルマガ: メンテ"カ"UP通信を申込
受講時期() 受講場所()
① トコちゃんベルトI □購入 □レンタル (S・M・L・LL)
② トコちゃんベルトII □購入 □レンタル (S・M・L・LL)
③ テキスト書籍 『骨盤メンテ』952円+税