



2021年 頭蓋領域のオステオパシー 基礎コース 参加申込書

申込日： 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男 女
	(印)		生年月日
住所	〒		
電話番号		FAX	
E-MAIL			
所属団体	KOA ・ JOA ・ AJOA ・ 一般 ・ 学生	MRO(J) No.	
医療資格名			
開業の有無	有 無	開業又は勤務年月	年 月

※セミナーは、医療関係有資格者または在学中の学生でなければ受講する事はできません。初めて受講される方は、初回時に免許証の写しをご持参下さい。

お問い合わせ

TEL : 075-222-0620 (KOA 事務局 長谷川治療院)

E-MAIL : info@kansai-osteopathy.jp

お申し込み 申込用紙に記入のうえ下記の住所へ送付、または FAX して下さい。

住所：〒524-0214 滋賀県守山市立田町 4104-3 森田良知 宛

FAX : 077-585-4480