

日本ホメオパシー医学会
 <第21期>研修基礎コース受講申込書 (2022~2023年)

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※研修受講者は日本ホメオパシー医学会の正会員が対象です。

※コース修了には3回以上の出席が必要なため、第3回目より後の申込受付は致しません。

会員区分 (〇印をおつけ下さい)		医 師	歯科医師	薬剤師
氏 名				
ローマ字				
生年月日	西暦	年	月	日
	年齢	歳	性別	男性・女性
ご自宅	住所	〒		
	TEL		FAX	
勤務先	名称			
	部署名			
	住所	〒		
	TEL		FAX	
卒業大学名			卒業年	年
受講方法(どちらかに〇)	ご来場希望		オンライン希望	
連絡先 (どちらかに〇印)	自宅		勤務先	
連絡用メールアドレス (できるだけご記入下さい)	@			
専門科 :				
専門医の有・無	()			
その他の資格 :				
受講料支払回数 (どちらかに〇印)	一括	250,000円		
	分割	270,000円(初回70,000円/2回目以降50,000円×4回)		

※分割の場合でも、出欠にかかわらず全額納付して頂く必要があります。

■領収証について : ご希望の方にはお送りいたします。

ご希望の方は、必ずお宛名をご記入下さい。

領収証宛名 : _____