

日本メディカルホメオパシー学会
2023～2024年 研修中間コース 受講申込書

初めて中間・アドバンスコースを受講される方が使用する申込書です。

申込日 年 月 日

会員区分 (○印をお付け下さい)		医 師	歯科医師	薬剤師
氏 名		会員番号 JPSh-		
ローマ字				
ご自宅	住 所	〒		
	TEL		FAX	
勤務先	名 称 部署名			
	住 所	〒		
	TEL		FAX	
連絡先(どちらかに○)		ご自宅	・	勤務先
連絡用メールアドレス (できるだけご記入下さい)		@		
受講方法(どちらかに○)		対面受講希望	・	オンライン受講希望

※日程別に指定することもできます。(第1回は対面、第2回はオンライン等) ご指定がある場合は別途ご連絡ください。

受講料支払回数 (どちらかに○)	一括	280,000円
	分割	300,000円(50,000円×6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 :ご希望の方には郵送します。

領収証のお宛名にご指定がある場合、以下にご記入下さい。

領収証宛名 :

〈お申込先〉日本メディカルホメオパシー学会事務局
Mail: info@jpsh.jp FAX : 03-6280-8859