

日本メディカルホメオパシー学会
＜第22期＞研修基礎コース受講申込書（2023～2024年）

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※研修受講者は日本メディカルホメオパシー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 (○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			
連絡先（どちらかに○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○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： _____