

日本メディカルホメオパシー学会  
＜第23期＞研修基礎コース受講申込書（2024～2025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		
メールアドレス (ZoomURLは、こちらにご記入いただいたメールアドレスに配信します)						@			

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：ご希望の方は、下記に宛名をご記入ください。  
別途郵送いたします。

領収証宛名： \_\_\_\_\_