

日本メディカルホメオパシー学会
2024～2025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 <small>(○印をお付け下さい)</small>		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
メールアドレス <small>(ZoomURLは、こちらにご記入いただいたアドレスに配信します)</small>		@		

受講料支払回数 <small>(どちらかに○)</small>	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： _____

〈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