

(当日、この受付番号をお持ち下さい。)

FAX : 03 - 6431 - 8809

受付番号

SOMC 事務局 御中

## 第10回湿潤療法【高松】セミナー参加申込み

標記の第10回セミナーに参加申込みをします。

※太線内の項目をご記入下さい。

お名前	
ご所属 (病院・施設名、学校名など)	
ご所属住所	
ご連絡先 電話及びFAX	電 話 : F A X :
職 種 (医師、看護師、薬剤師、コメディカル、 獣医師、養護教諭、学生など)	
ご専門 (診療科など)	

SOMC事務局は、参加お申込みでいただいた個人情報については、個人情報に関する法令および規範に則り適正に管理し、本セミナーの運営以外の目的では利用いたしません