

参加申込書

年 月 日

| | | |
|---------------------------|---|--|
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 自宅 | 〒 | |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | E-mail | |
| 勤務先 | 〒 | |
| | 名称: | |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | E-mail | |
| 出身校/ 職業 | | |
| ご連絡先 | 自宅 ・ 勤務先 (ご希望先に○を付けて下さい。) | |
| 一般公開講座 | <input type="checkbox"/> 一般 6,000円 | |
| 『基調講演、認知症鍼灸技術のデモンストレーション』 | <input type="checkbox"/> 学生 4,000円 | |
| | いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい | |

■個人情報の利用について

社団法人老人病研究会認知症Gold-QPD育成講座では、当申込書に関する個人情報を、本講座に関する業務のみ利用致します。

■申込先・問合せ先

認知症Gold-QPD推進事務局
TEL:050-5531-9986
FAX:03-4496-4802
E-mail:gold-qpd@rja.jp

■お振込先(振込控えをもって領収書とさせていただきます)

振込口座:みずほ銀行 根津支店 普通
口座名:社団法人老人病研究会Gold-QPD
口座番号:1113327