

四日市都ホテル薬膳講演会10周年記念

	ふりがな ご氏名	ご住所	電話番号 (携帯)
①		〒	
②		〒	
③		〒	
④		〒	
⑤		〒	

個人情報の取り扱いについて

お送り頂いた個人情報はこのセミナーの目的以外に使用いたしません。

申込先：日本薬膳学会事務局

鈴鹿医療科学大学東洋医学研究所内 三重県鈴鹿市岸岡町1001-1

FAX : 059-384-9211

mail : yakuzen@suzuka-u.ac.jp

申込み〆切：3月16日（金）

お問合せ先

日本薬膳学会事務局

TEL : 059-384-9211

※ご入金は、お申込みから1週間以内にお願いいたします。

※ご入金は、以下の振込先をお願いいたします。

振込先：三重銀行 鈴鹿中央支店(218) 普通 1480997 ジャ)ニホンヤクゼンカッカイ

※お取消しによるご返金の承りは、3月16日（金）までとさせていただきます。