

F A X 入会申込みシート

国際美容医療研究会事務局行き

お申込みは、当用紙に必要事項を記入の上、国際美容医療研究会事務局宛てに FAX にてお送りください。

お 名 前	
フリガナ	
ご 所 属	(役職 :)
ご 専 門	<input type="checkbox"/> 医師 (<input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 美容外科 <input type="checkbox"/> 美容皮膚科 <input type="checkbox"/> 皮膚科医 <input type="checkbox"/> その他 :) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()
ご 住 所 (受講証等送り先)	〒
電話/FAX	/
E-mail	@
メッセージ 連絡事項などありましたらご記入ください。	

問 い 合 わ せ 先 : 国際美容医療研究会事務局
東京都港区南青山 5-17-2 5F 表参道プラザ
E-mail: info@isamed.jp Tel: 03-4588-2575