大阪会場

お申込み　FAX　03-6423-9522

2013年9月1日（日）大阪会場（ホテルラフォーレ新大阪）

第3回　水光注射ダーマシャイン®治療セミナー

ご参加お申込書

ご施設名

ご芳名　　先生

ご住所　〒　　ー

お電話番号　（　　）ー（　　）ー（　　）

FAX番号　（　　）ー（　　）ー（　　）

※会場のご案内、ご請求書をメールにてお送りいたします。必ずご記入をお願いいたします。

E-mail　　@

緊急ご連絡先（ご携帯電話番号）

（　　）ー（　　）ー（　　）

午前・午後の部のご希望：□に✔をお入れください。

□　9月1日（日）午前の部　10:00am～12:00pm

□　9月1日（日）午後の部　13:30pm～15:30pm

当日のモデル（被検者）ご希望：□に☑をお入れください。

□　モデル希望（先着2名様）

＊宮田成章先生ご指導の上、複数のご参加の先生に施術をいただくことを予めご承知ください。

□　4h無料駐車場ご利用（車種　　ナンバー　　）