**第45回オゾン療法セミナー参加申込書**

**Mail：**[**ozone@js-mhu-ozone.com**](mailto:ozone@js-mhu-ozone.com)

**Fax宛先：　 072-807-6025**

**(事務局担当：中室克彦）**

**申込み期限：令和2年12月1日**

記入日 　　年 　月 　日

フリガナ

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　（　医師　歯科医師　獣医師　看護師　薬剤師　その他　再受講　）

　該当箇所に○をおつけ下さい

ご所属 　　　 ご専門

連絡先 （所属先・ご自宅をご記入の上、どちらかに○印をお付け下さい。連絡は○印に致します。）

所属先 住所 　〒

Tel: Fax:

Mail：

ご自宅 住所 　〒

Tel: Fax:

Mail：

「新版オゾン療法（2018）」購入希望：　有　　無　　（有りの場合、別途10,000円（税込））

日本医療・環境オゾン学会への新規入会希望：　有　　無　　（有りの場合、別途12,000円（税込））

※当学会へ新規入会し同時に年会費を納入された方は、本セミナーには会員価格が適応されます。

後日実技講習の受講希望：　有　　無　　（有りの場合は予め入会をお願いします。）

――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

＊参加費は早めにお振り込みください。ご入金を確認した後にテキストをお送りいたします。

＊ZOOMのURL等についてはメールでご案内します。メールアドレスを必ずご記入ください。