

『耳ツボダイエット』セミナー申し込み用紙

日本痩身医学協会認定『耳ツボダイエット』セミナーを受講しますので申し込みします。

年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			(才)
ふりがな			
店舗名			
電話番号	()	FAX	()
住所	〒		
備考	後日ご連絡を差し上げますので、昼間ご連絡のつく電話番号の記載をお願いいたします。 _____ () _____		

FAXにて申し込みお願いいたします。
受付時間 9:00 ~ 20:00 (日・祝を除く)

F A X 0 2 2 - 7 4 6 - 7 5 4 4