

.....FAXの方はそのまま送信して下さい。FAX番号0285-44-2218.....  
郵送の方は、〒329-0433栃木県下野市緑5-20-2恵花堂薬局 まで郵送してください。

## 第3回 中医薬膳初級講座 申込書

平成29年 月 日

ふりがな			
氏名	印	年齢	
住所	〒 ー 県 市・町・村		
お電話		携帯	
Eメール	@		
	ご連絡はメールにて行ないますので、アドレスはお間違いのないようお願いいたします。		
ご職業			
	中医学や漢方は学んだことはありますか？ ある・ない（具体的に		
資格	現在、お持ちの資格はありますか？（		
メッセージ			

- ※ FAX・郵送到着後、3日以内に確認のメールをお入れいたします。
- ※ 3日以内にご連絡がない場合は、届いていない可能性がありますので、  
恵花堂薬局まで、御問合せ下さい。0285-44-2218
- ※ メールは、ヤフーさまのメールにて発信いたしますので、発信拒否にならないよう設定して  
頂けますよう、お願いします。