

平成 30 年 月 日

Fax : 03-5922-0701

西台健康倶楽部事務局行

第 16 回 西台健康倶楽部ランチセミナー（7 月 8 日開催）

参加申込書

フリガナ

ご氏名 _____

ご住所 〒 _____

TEL _____

携帯電話 _____

-----切り取り線-----

お申し込み方法

- この申込書を FAX または郵便にて 6 月 30 日（土）迄にお送り下さい。
- 会費（10,000 円）は以下の口座に締切日までに振り込みをお願いいたします。

銀行名：埼玉りそな銀行 和光支店

口座番号：普通口座 4473418

口座名：株式会社ティーシーメディカル

※お振込手数料はご本人様の負担となります。

※領収証はお振込控えにて替えさせていただきます（ご希望の方はお申し出ください）。

ご注意：7 月 3 日（火）以降のキャンセルはキャンセル料が発生することがございます
のでご注意ください。

【お問い合わせ先】

医療法人社団高千穂会 西台クリニック 西台健康倶楽部事務局

〒175-0082 東京都板橋区高島平 1-83-8

Tel : 03-5922-0700 Fax : 03-5922-0701 担当：原