



FAX : 03-5244-5808

第3回統合医療サマーセミナー参加申込書

申込日：2015年 月 日

御芳名	様(会員番号:)
ご所属	
同伴者名	様(会員番号:)
申込者連絡先	〒
	住所
	TEL
	FAX
	E-mail

参加費お振込先

銀行：みずほ銀行 本郷支店 普通口座 2707863

名義：一般社団法人日本統合医療学会

*参加者名でのお振込をお願い致します。

振込手数料はご負担下さいますようお願い申し上げます。

【お問合せ先】

一般社団法人日本統合医療学会

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町 2-4-13 錦和ビル 3F

Tel : 03-6675-4993 / Fax : 03-5244-5808 / E-mail : imj@imj.or.jp