

# B/Sブレイスセミナー申込書 兼 ネイルパートナー会員登録申込書

ご記入日： 年 月 日

※の付いている項目は必ずご記入お願いいたします。

※申込種別	<input type="checkbox"/> 新規会員	<input type="checkbox"/> 既存会員	会員番号 _____
※フリガナ			
※セミナー受講者氏名			
※セミナー受講者資格	医師 ・ 看護師 (どちらかに○をつけてください)		
※医療資格・取得専門医		※所属学会名	
※医療施設名			
※診療科名		ご所属・役職	
※お勤め先ご住所 (商品お届け先)	〒 _____		
※電話番号		e-mail	
商品発注ご担当者名		※FAX番号	

今後皆様により適切なご提案をさせていただくため、アンケートにご協力お願いします。

現在「巻き爪・陥入爪」治療を実施されていますか。

はい  いいえ

「はい」とお答えいただいた場合、実施されている治療法を具体的に教えてください。

- 定員に到達した場合は、本申込書を受信後1週間以内にお電話またはメールにてご連絡いたします。予めご了承ください。
- 領収書をご希望の方は、領収書宛名をご記入下さい。セミナー当日にお渡しいたします。

領収書宛名	
-------	--

弊社使用欄

NP番号		受付年月日	年 月 日	振込年月日	年 月 日
------	--	-------	-------	-------	-------