

(公社) 葵橋ファミリー・クリニック主催 教育講座 申込用紙

氏名・年齢	フリガナ (歳) ・AFC 会員 ・学生 ・一般 (○を付けてください)
住 所	自宅・職場 (○を付けてください) 〒
連絡先 (TEL・E-mail)	自宅・職場 (○を付けてください) TEL: E-mail:
所 属 (職 種)	(職種:)
参加方法	(どちらかに○を付けてください。) 対面 ・ Zoom

- お問い合わせ 公益社団法人 葵橋ファミリー・クリニック事務局
〒602-8011 京都市上京区烏丸通下立売上ル桜鶴円町 376
TEL : 075-431-9150 FAX : 075-431-9158 e-mail : afc.kenshu@honey.ocn.ne.jp

- 申し込み方法 参加希望者は上記の内容を明記の上、FAX 又は郵送又はメールにて事務局にお申込み下さい。下記の QR コードからもお申込み頂けます。定員になり次第、締め切らせていただきます。折り返しご連絡いたしますので、参加費を郵便振替にてお支払いください。
《郵便振替口座 公益社団法人 葵橋ファミリー・クリニック 01070-9-40788》



- 申込締め切り 2025 年 3 月 2 日 (日)
(※お振込後の参加キャンセルにつきましては、返金いたしかねますのでご了承下さい。)