

## 【会場のご案内】



### ホテルコムズ福岡

〒812-0011  
福岡県福岡市博多区博多駅前 2-8-15  
TEL:092-451-5111

- JR博多駅(博多口) 徒歩約 7 分
- 地下鉄祇園駅(5 番出口) 徒歩約 5 分

尚、駐車場のご用意はありませんのでご了承ください。

申し込み送付先 F A X 番号 : 03-6277-4004

お申込 : 下記申込用紙に必要事項を記入後、ファックスにてお申込ください。

.....  
セミナー参加費(昼食込み) 一般:50,000 円 会員:25,000 円 同伴スタッフ:10,000 円

### 「第 27 回点滴療法研究会 実践セミナー」(福岡) 参加申込書

フリガナ 参加者氏名		金額	円
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号:           ) <input type="checkbox"/> 同伴スタッフ			
フリガナ 参加者氏名		金額	円
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号:           ) <input type="checkbox"/> 同伴スタッフ			
フリガナ 参加者氏名		金額	円
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 会員 (会員番号:           ) <input type="checkbox"/> 同伴スタッフ			
*施設名以外での領収書が必要な場合には宛名をお書きください			合計金額
			円

施 設 名			
住 所	〒		
TEL/FAX	電話:	FAX:	
メール・アドレス	@		
点滴療法研究会 マスターズクラブ	<input type="checkbox"/> 資料請求		<input type="checkbox"/> 入会希望
参加費の御支払	2010 年 9 月 9 日までに下記口座へお振込をお願いします。		
お 振 込 先	みずほ銀行 麻布支店 普通 1071779 有限会社メディカルリサーチトウェンティワン		

\*必ず申込者の氏名にてお振込をお願いいたします。(振込手数料はご負担をお願いいたします。)

\*キャンセルに関して      ご入金後のキャンセルは一切認められません。



セミナーに関するお問合せ先:  
有限会社メディカルリサーチ21 点滴療法研究会事務局  
〒108-0072 東京都港区白金 3-17-19 エオラス白金 701  
TEL: 03-6277-3318 FAX: 03-6277-4004  
E-MAIL: info@iv-therapy.jp