

# Syneron Candela Follow up Meeting

大変お手数をおかけしますが、以下の申込書に必要事項をご記入のうえ、ご返送下さい。

御施設名		診療科	
フリガナ		役職	院長 医師 看護師 その他( )
御名前	姓 名	ご興味のある分野	脱毛 シミ 赤アザ 若返り 青アザ
フリガナ		役職	院長 医師 看護師 その他( )
御名前	姓 名	ご興味のある分野	脱毛 シミ 赤アザ 若返り 青アザ
フリガナ		役職	院長 医師 看護師 その他( )
御名前	姓 名	ご興味のある分野	脱毛 シミ 赤アザ 若返り 青アザ
フリガナ		役職	院長 医師 看護師 その他( )
御名前	姓 名	ご興味のある分野	脱毛 シミ 赤アザ 若返り 青アザ
御施設住所	〒□□□ - □□□□		
	〒□□□ - □□□□ *別の住所へ参加引換証送付を希望される場合は下記にご記載下さい。		
御施設電話番号		FAX	
Email			
通信欄	・4名様以上ご参加の場合やその他、ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせください。		

ご記入頂いた個人情報は、当社サービスのご案内に利用します。お客様さまのご同意なく個人情報を提供することはございませんが、一部の業務(宛名作成、資料発送など)について委託をすることがございます。以上につきまして、ご同意の上、ご記入ください。

〒812-0013  
福岡県福岡市博多区博多駅東2-5-37 博多ニッコービル7F  
TEL:092-415-2205

## FAX:092-415-2206

お手数ですが、2月19日(月)までのご返信をお願い申し上げます。

◎ Webからもお申込みいただけます

URL

<http://candelakk.jp>

シネロンキャンデラ セミナー

検索