

トータルフットケアセミナー

BS SPAN^{スパンゲ}GE [巻き爪矯正取扱者] 出張セミナー要項

出張要項

- 日 時 お早めにご希望の日時をお知らせ下さい。
- 出張 対 1day セミナー受講資格者 2 名様以上で実施
- セミナー会場 貴店（院）又は電源の取れる場所をご準備下さい。
- 出張 費 6,000 円～／日
遠方の方は交通費＋宿泊代＋12,000 円～／日 ご相談下さい。
- 講師移動時間 朝 9 時から夜は 19 時までを基本にご配慮下さい。
- お申し込み 参加申込書に必要事項をご記入の上、下記宛へEメールにてお申込みください。
申込書受領後、申込み確認書を送らせていただきます。
- お問い合わせ BS スパンゲ巻き爪矯正出張セミナー係
eメール foot1192@gmail.com

B/S 巻き爪矯正出張セミナー 申込書

ふりがな 参加者氏名 所属・屋号	性別 男 女 生年月日 . . 生
ご住所	〒 最寄りの駅
お電話番号 携帯・モバイル eメール	() - () -
業種・資格 (順不同)	整形外科医師 形成外科医師 外科医師 皮膚科医師 医師 柔道整復師 看護師 理学・作業療法士 鍼灸 保健師 カイロプラクティック ネイルサロン フットケアサロン その他 ()
ご希望日	第一希望 20 年 月 日 () 第二希望 20 年 月 日 () 第三希望 20 年 月 日 () 第四希望 20 年 月 日 () 講師の移動時間は朝 9 時から夜は 19 時までを基本にご配慮下さい。 ★日時決定後、ご案内させていただきます。