

F A X 申 込 書

参加人数 () 名

勤務先・学校名		TEL	
所在地	〒		

参加者氏名	住所	TEL	モデル○	資格(看護師・助産師など)

* 今後、ご案内が必要な方は住所の記入をお願い致します。

乳房モデル貸し出しに付いて、○をして下さい。 (1個 100円)

* 数に限りがございますので、出来るだけご持参下さい。

必要 () 個 不要 必要な方は、モデル○の欄に丸をつけて下さい。

質問があれば、ご記入下さい。

--

連絡先: 母乳育児支援研究所 (柳瀬ワイチ内 担当 村田)

TEL 06—6928—3849

MAIL: murata@kaneson.co.jp

FAX 06—6928—0799

お申し込みありがとうございます。有意義な時間をスタッフ一同で、お約束致します。