

Lumenis Seminar / Workshop ファックスお申込み用紙

ファックス番号 03-5447-1680

参加希望日：2008年6月29日（日）
開催地：ホテルパシフィック東京

1 施設 2 名様までとさせていただきます。

定員になり次第締め切らせて頂きますので、あらかじめご了承ください。

(ふりがな) 貴院名	診療科目	科
(ふりがな) お名前	フルネームでご記入ください	様 ・ 様 計 名様
ご住所	〒	都 道 市 区 府 県 町 村
TEL	()	
FAX	()	※当日のご案内を送信いたしますので必ずご記入ください。
e-mail	@	
通信欄		

ご提供いただいた情報は、株式会社日本ルミナスのプライバシーポリシーに沿い、厳重に管理いたします。いただいた情報に基づき、株式会社日本ルミナス、もしくは、株式会社日本ルミナスが委託した第三者により、セミナー・イベント情報・キャンペーン情報・新製品情報など、ご案内させていただく場合があります。

お問い合わせ：(株)日本ルミナス セミナー事務局/有賀 TEL (03) 5447-1677