

参加申込書

申込日 年 月 日

(申込先)

横浜サトウクリニック

〒231-0023

横浜市中区山下町23番地日土地山下町ビル8F

TEL:045-641-9650

FAX:045-641-9692

フリガナ	
お名前	
ご連絡先	
ご住所	
参加人数	名
備考	

必要事項をご記入のうえ、上記申込先までFAX下さい。
お電話でも承っております。