

－ FAX 送信書 －

天使大学・大学院

天使健康栄養クリニック担当 宛て

(FAX 011-741-1077)

平成 30 年度 天使大学・大学院「天使健康栄養クリニック」に申し込みます。

ご希望のコースに○を付けてください。

- () 個別指導コースを希望するが、抽選から漏れた場合は、検査・測定限定コースでもよい
- () 検査・測定限定コースを希望するが、抽選から漏れた場合は、個別指導コースでもよい
- () 個別指導コースのみを希望し、抽選から漏れた場合は辞退する
- () 検査・測定限定コースのみを希望し、抽選から漏れた場合は辞退する
- () どちらのコースでもよい

住所	〒		
電話番号			
(ふりがな) 氏名	()	性別	
生年月日	昭和 年 月 日		
身長(cm)		年齢(歳)	
体重(kg)			
現在治療中の 病気や投薬が ある場合は 病名や投薬名			
意見・質問等			
天使健康栄養クリニックを何で知りましたか？ 新聞 ・ 大学ホームページ ・ 知り合いから聞いた ・ その他()			