ROB 療法健康コース　申込書

フリガナ			性別
氏　名			男・女
住 所	〒		
生年月日			
電話番号	(TEL)	(携帯)	
メール			
被保険者番号			
お持ちの資格			
勤務先 会社名			
住所			
電話番号・FAX			
メール			
会社の雇用保険番号			
解決したい内容など	(仕事上で困っていること・体の悩みなど)		
受講動機	1．ROB 療法に興味が有る　2．医療や介護に生かしたい 3．その他（　　）		
本講座をどこで知りましたか	1．たまごビルのホームページ　2．患者さんから 3．DM・メールから　4．その他（　　）		

お問い合わせ先　：㈱たまご　内　担当　中島
〒581－0061 八尾市春日町１－４－４
ishigaki@tamagobl.com　TEL 072-991-3398
FAX　０７２－９９１－４４９８