



## 参加申込書

申込日 月 日

1	ワガナ 氏名		TEL	
	CamuランチBOX (お持ち帰り用)	有り・無し		
2	ワガナ 氏名		TEL	
	CamuランチBOX (お持ち帰り用)	有り・無し		
3	ワガナ 氏名		TEL	
	CamuランチBOX (お持ち帰り用)	有り・無し		
4	ワガナ 氏名		TEL	
	CamuランチBOX (お持ち帰り用)	有り・無し		
5	ワガナ 氏名		TEL	
	CamuランチBOX (お持ち帰り用)	有り・無し		
このセミナーはどちらでお知りになりましたか？該当するものに○を付けてください。 診療所・鍼灸院・カフェ・インターネット・こくちーず・Facebook 海風教室・その他（                      ）				

※カフェCamuランチBOX（先着50名）の締切 11月8日（金）まで

※先着順になりますので、定員になり次第、申込みを終了させていただきます。

※申込みをご希望の方は、お電話・FAXまたは郵送にてお送りください。

TEL 0834-33-0889 FAX 0834-33-0890

郵送先：〒745-0076 山口県周南市梅園町1丁目38 海風診療所 宛て