

お申込みはFAXで 03-3813-4107 まで



性の健康医学財団 各種講座 参加申込書

お申込日： 平成 年 月 日

第4回「性の健康カウンセラー養成講座」＜基礎コース＞参加申込書

ふりがな					
ご氏名		性別	男・女	年齢	歳
ご勤務先 ・役職				一般	学生
ご住所	ご選択ください【 勤務先・自宅 】 〒				
お電話		FAX			
E-mail					
備考					

※参加申込書の受付後、関係書類を郵送いたします。

●講座申込みに関するお問い合わせ先

公益財団法人 性の健康医学財団 事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-31-6 湯島堀井ビル

電話： 03-3813-4098 (土・日・祝日を除く 9:30~17:30)