

問い合わせ表

平成 年 月 日

フリガナ			
会社名	※法人の場合はご記入下さい。		
フリガナ			
お名前			
フリガナ			
住所	〒		
TEL		FAX	
ご連絡先(携帯電話など)		メールアドレス	

問い合わせ内容(下記に✓印をつけて下さい)

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最先端のリンパ健康法 | <input type="checkbox"/> ホルミ시스 ライフ |
| <input type="checkbox"/> ホルミ시스 セラピスト資格 | <input type="checkbox"/> セミナー |
| <input type="checkbox"/> 経済的自立 | <input type="checkbox"/> 本物の癒しの事業 |
| <input type="checkbox"/> 定年後の仕事 | <input type="checkbox"/> 講演申込み |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

この度はお問い合わせ頂きまして、誠に有難うございます。このままFAXにてお送り下さい。
別途、お問い合わせの件について、ご確認のご連絡をさせていただきます。

健康デザイナー協会 FAX:03-3401-2203

