



日本ダイエット肥満研究学会 認証施設申込書

申込日 年 月 日

フリガナ	
認定証に記載する 法人名または施設名	
フリガナ	
お名前(ご担当者名)	
ご住所	〒 —
電話番号	() —
FAX	() —
メールアドレス ホームページ URL	@
勤務先 (個人様の場合)	TEL () —
ご職業 当てはまるものを○で 囲んでください。	1.医師 2.栄養士 3.看護師 4.薬剤師 5.その他医療関係 6.美容・エステ 7.痩身事業関連 8.会社員 9.公務員 10.自営業 11.主婦 12.学生 13.鍼灸師 14.整体師 15.インストラクター 13.その他 ()

FAX または郵送にて下記までご送付ください。

特定非営利活動法人日本ダイエット肥満研究学会

〒151-0053

東京都渋谷区代々木2丁目7番6-904号

TEL 03-5302-8189

FAX 03-5302-8176

e-mail info@np-ssdo.org