

点滴療法研究会 マスターズ・クラブ入会申込書

Japanese College of IV Therapy

申込日 年 月 日

フリガナ		氏名	
氏名		(ローマ字)	
医師種別	<input type="checkbox"/> 医師(専門分野 ) <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 獣医師		
免許登録番号	第 号 ( 年 月)		
称号	<input type="checkbox"/> M. D. (医師) <input type="checkbox"/> M. D., Ph. D. (医学博士) <input type="checkbox"/> D. D. S. (歯科医師) <input type="checkbox"/> D. D. S., Ph. D. (歯科医学博士) <input type="checkbox"/> D. V. M. (獣医師) <input type="checkbox"/> D. V. M., Ph. D. (獣医学博士)		

勤務先	フリガナ			
	名称			
	住所	〒 -		
	TEL		FAX	
	メールアドレス (クリニック問合せ)	@		
	ホームページ	http://www.		
ご自宅	住所	〒 -		
	TEL		FAX	
	メールアドレス (メルマガ受信)	@		
・メールアドレス はメールマガジンや重要なお知らせをメールで配信しているため、必ずご記入ください。 ・gmail はご連絡が届かない場合があるため、なるべく g-mail 以外のアドレスでご登録ください。				
確認欄	希望連絡先 (送付先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ご自宅 ※特別な理由がない限り勤務先をご選択ください。		
	推薦人氏名	柳澤 厚生 (点滴療法研究会 会長) マスターズクラブ会員 (会員名: )		
	お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード (後日、入会決定のお知らせおよびご請求書を送付させていただきます)		

事務局記入欄	ID	Pass
--------	----	------

■一般検索サイトへの公開内容の確認■

- ・点滴療法研究会ベーシックセミナーIの受講歴  あり(一般公開必須条件)  なし
  - 点滴療法研究会 実践セミナー受講日 年 月 日
  - コンサルティング受講日 年 月 日
- ・点滴療法研究会ホームページの情報公開 (SEARCH CLINICの公開には、ベーシックIの受講が必要です。)
  - FIND A DOCTORに公開 (会員向け公開)  SEARCH CLINICに公開 (一般向け公開)
- ・現在、実施されている点滴療法の種類と延べ件数
  - Na - EDTA キレーション療法  マイヤーズ・カクテル療法/ビタミン・ミネラル点滴療法)
  - Ca - EDTA キレーション療法  グルタチオン療法
  - 高濃度ビタミンC 点滴療法 (がん治療)  プラセンタ療法
  - 高濃度ビタミンC 点滴療法 (アンチエイジング)  アルファリポ酸点滴療法
  - オゾン療法  その他 ( )
- ・点滴療法の実施件数 (約 件 / 年)

点滴療法研究会 事務局 FAX : 03-6277-4004