

アトラス体幹呼吸 健康セミナー 8/1(水) 希望表

大変お手数ですが、必要事項をご記入の上、ご希望の項目にチェック☑をお願い致します。

*は必ずご記入してください

申込み日 20 年 月 日

フリガナ(*)		
会社名(*) 個人の場合はお名前	ご担当者様役職 ご担当者様名	
住所(*)	〒 -	
Tel(*)		(携帯)
Fax		
メールアドレス(*)	(PC)	@
	(携帯)	@
* 受信可能なアドレスをご記入ください。 * 0<ゼロ>と0<オー>や大文字・小文字など判別しやすくお書きください。(例)0<ゼロ>・7→斜線を付ける等		

下記よりご希望の内容をお選びください(複数可)

<input type="checkbox"/> 御社媒体 セミナー内容掲載 御社で取り扱っている媒体に、今回のセミナーにご参加(取材)頂き、内容をご掲載頂ける場合。	セミナー視聴ご参加人数 (名) セミナー後別途取材希望 (する / しない)
<input type="checkbox"/> 御社媒体 セミナー告知掲載 御社で取り扱っている媒体に、今回のセミナーの告知・宣伝をして頂ける場合。	
<input type="checkbox"/> 読者向けプレゼント掲載 購読者向けに、弊社の商品をプレゼント致します。 右記の項目よりお選びください。(複数可)	<input type="checkbox"/> アトラス体幹呼吸 健康セミナー ご招待チケット 30名 <input type="checkbox"/> ウェーブストレッチリング プラスチックタイプ 2本 <input type="checkbox"/> 新刊 体幹強化トレーニング書籍 3冊

FAX送信先:03-6423-8509 NPO法人日本ウェーブストレッチ協会