



**FAX : 03-6369-3481**

# MADIC読影会 参加申込書

お名前	
所属・病院名	
住所	〒
電話番号	
メールアドレス	

☆ 参加区分 (□に✓してください)

**全12回 118,800円**

**優先的に参加可能しかも1回分無料!!**

**単回 10,800円**

☆お支払い方法

- ・ 会場にお越しの場合：受付で現金またはクレジットカード払い※
- ・ オンライン参加の場合：事前にSquareでクレジットカード決済※

※VISA, MASTER, AMEX, DISCOVER, DINERS, JCB

☆単回参加の方は参加希望日に○を記入してください。

4/19 (木)	5/24 (木)	6/21 (木)	7/12 (木)	8/9 (木)	9/20 (木)
10/25 (木)	11/22 (木)	12/13 (木)	1/17 (木)	2/7 (木)	3/14 (木)

お問い合わせ：目黒どうぶつ画像診断センター

TEL : 03-6303-1454

E-mail : madic@sky-vets.com

**FAX : 03-6369-3481**