

# お問合せ用紙

氏名	(フリガナ)
団体名	(担当部署)
電話番号	—
FAX番号	—
住所	

お問い合わせ内容	-----
	-----
	-----
	-----
	-----

送り先 一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 事務局  
FAX 番号 03-6206-0064  
電話番号 03-6206-0063 (代表)  
住所 〒101-0047  
東京都千代田区内神田 3-2-9 SP ビル 5 階  
一般財団法人 日本漢方医学教育振興財団 事務局