



## JAMコンベンション モデルクリニック講師お申込み用紙

2013年 月 日

講師名 氏名	会員番号
タイトル	
内容	
ご住所	交通費は「お車代」として精算させていただきます
E-mail	
お電話(携帯)	

実施ご希望時間  第一希望に ○を付けてください  第二希望は △を付けてください	16日 13:30~15:00 15:30~17:00
	17日 11:00~12:30 13:30~15:00 15:30~17:00
	18日 11:00~12:30 13:30~15:00 15:30~17:00

「このスケジュールのみ参加可能」場合はお伝え下さい。  
各講師のご都合を伺った上で、スケジュール調整致します。