

## 2019年後期ヒアルロン酸注入マンツーマン実践セミナー

光伸メディカルクリニック院長の中村が15年間約40,000症例(2018年3月末時点)の注入経験から得た“絶対に押さえておきたいヒアルロン酸注入テクニック”を学んでいただけます。尚、先着5名様迄になりますが、モニター様をご同伴いただき(※1)、院長の中村によるマンツーマン指導のもと、実技を行うことによって、弊院オリジナルのマルチレイヤーテクニック(※2)を学ぶことができます。また、モニター様をご同伴できない場合でも、院長の中村や他の参加される先生方の実技をご見学頂くことで、講義で得られた知識を更に深めることができます。

単回でのお申し込みも可能ですが、3回以上受講される場合は1回あたり10%OFFになります。

※1 実技をされる先生方へのお願い：モニター様には別紙の内容を説明していただき、必ずご理解いただくようお願い申し上げます。

※2 数種類の製剤を数層に分けて重ねて注入する施術テクニックです。

コース名	<1回目> ～ホウレイ線～
日時	2019年 9月8日(日) 13:00～17:00

コース名	<2回目> ～マリオネット線～
日時	2019年 11月24日(日) 13:00～17:00

コース名	<3回目> ～耳前頬リフト～ ※頬のコケに対するアプローチ
日時	2020年 1月19日(日) 13:00～17:00

コース名	<4回目> ～ゴルゴ線～
日時	2020年 3月15日(日) 13:00～17:00

コース名	<5回目> ～クマ～
日時	2020年 5月17日(日) 13:00～17:00

コース名	<6回目> ～上眼瞼～
日時	2020年 7月5日(日) 13:00～17:00

場所：光伸メディカルクリニック 〒169-0074 新宿区北新宿 2-21-1 新宿フロントタワー3F

定員：5～7名(先着順)

条件：医師に限る(歯科医師は除く)

参加費：80,000円(税込) / 回 3回以上受講した場合 72,000円(税込) / 回

講師：中村 光伸(光伸メディカルクリニック院長・医学博士)

連絡先：セミナー事務局 小牧 kmcl.seminar@kmcl.jp TEL: 03-5937-3756 FAX: 03-5937-3757

# 参加申込書

FAX:03-5937-3757

お申込日 年 月 日

## ■お申込み方法

- 参加したいコースをご選択下さい。各コースの定員が埋まり次第締め切らせていただきます。
- お申込み記入欄に必要事項をご記入の上、本ページを上記番号に FAX 下さい。また、Word 形式の参加申込書も用意しております。メールでのお申込をご希望される先生は、セミナー事務局までご連絡下さい。
- お申込み頂いてから、3 日以内に弊院から参加費をメールにて連絡させていただきます。
- お申込み確認の連絡日を含め 7 日以内にセミナー参加費の下記口座にご入金をお願い致します。ご入金の確認をもってお申込完了と致します。期限内にお振込みが確認できない場合にはキャンセルとなる場合もございますので、何卒ご了承の程宜しくお願いします。
- キャンセルをされる場合は、セミナー 8 日前までに必ずご連絡いただけますようお願い致します。セミナー 7 日前以降のキャンセルに関しましては、受講料のご返金は致しませんのでご了承下さい。

モニター有	モニター無	コース	日程	お申込締切
		1 回目	2019 年 9 月 8 日(日)	2019 年 9 月 1 日(日)
		2 回目	2019 年 11 月 24 日(日)	2019 年 11 月 17 日(日)
		3 回目	2020 年 1 月 19 日(日)	2020 年 1 月 12 日(日)
		4 回目	2020 年 3 月 15 日(日)	2020 年 3 月 8 日(日)
		5 回目	2020 年 5 月 17 日(日)	2020 年 5 月 10 日(日)
		6 回目	2020 年 7 月 5 日(日)	2020 年 6 月 28 日(日)

振込銀行：三菱 UFJ 銀行 新宿中央支店(469)  
口座番号：普通預金 6106277  
口座名義：イヨウホウジン サイショウカイ

## ■お申込み記入欄 ※必須

※価格は税込です。

(フリガナ) ご氏名 ※必須				
(フリガナ) ご施設名 ※必須				
ご連絡先 ※必須	ご住所	〒		
	TEL		FAX	
	E-mail			
お振込名義	<input type="checkbox"/> ご施設名と同じ <input type="checkbox"/> ご施設名と異なる ( )			
領収書の宛名 ※必要な方のみ	<input type="checkbox"/> ご参加者名 <input type="checkbox"/> クリニック名 <input type="checkbox"/> お振込口座名と同じ			

ご不明な点がございましたら、セミナー事務局小牧宛(TEL: 03-5937-3756)にお問い合わせください。

以上