

大井静雄教授の
セミナー & "Dr. DREAM"
お問い合わせ & 参加申込書

この用紙(コピー可)をFaxもしくは郵送にてお申し込み下さい。

宛先: 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂5-20-5-2310
一般社団法人 国際脳・神経科学研究所
【WBI Publications 部門】 FAX:03-3235-9377

お申込代表者 □お名前; _____ □ご所属; _____

お電話番号; _____ (携帯電話); _____ (FAX) _____

* ご案内および参加申込書のお送り先(送料無料・当方負担):

ご住所 〒 _____

【** 各種セミナーのご案内とお申し込みは、それぞれの主催事務局から配信されます。】

大井静雄教授の **セミナー & "Dr. DREAM"** お問い合わせ & 申込書 (✓をお付け下さい)

【セミナー名称、会場、開催日時】

ご案内送付

参加お申込み

<p>• No.1 「育脳」子育てセミナー</p> <p>①富士山麓 育脳・子育てセミナー: ももはクリニック石坂、月1回 土曜日</p>	① <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/>
<p>• No.2 セミナー “こどもバイリンガル” 「育脳」のすすめ</p> <p>②宮城明泉学園 保護者会 2015. 7. 4(土曜日)</p>	① <input type="checkbox"/>	
<p>• No.3 「Prof. Shizuo Oi の “Dr. DREAM” 早期医療体験学習</p> <p>①富士山麓 育脳・子育てセミナー: ももはクリニック石坂、年3回 土曜日</p>	① <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/>
<p>• No.4 「成熟脳の活性化セミナー: “海馬を蘇らせる自分史のまとめ方”</p> <p>③大和ハウスライフサポート 練馬、杉並、湯河原、茅ヶ崎 年10回木曜日</p>	① <input type="checkbox"/>	① <input type="checkbox"/>
<p><u>お問い合わせ事項 (具体的にお書きください):</u></p>		