



Instituto de Estudio e Investigación de Medicina Tradicional China

www.ieimtc.com

ieimtc@ieimtc.com

FOMULARIO DE MATRICULA

CURSO: _____

Datos del alumnos	
Nombre:	
Apellidos:	
D.N.I	
Fecha de nacimiento	
Domicilio:	
Población:	
Provincia:	
Código Postal:	
País:	
Teléfonos:	
Fax:	
E-mail 1:	
E-mail 2:	
Profesión y ocupación actual: _____	
Porque quiere estudiar este curso:	
¿Qué conoce Ud. de la medicina China?	
Ha realizado algún otro curso de medicina china u otra medicina alternativa:	

Fdo.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____