

# マッサージ等将来研究会 第2回認定訪問マッサージ師講習会

## 受講申込書

太枠内を必ずご本人が楷書で書いて下さい。(視覚障害のある方は代筆可能です)

※の欄は記入しないで下さい。

所属団体の有無 1. 有      2. 無		所属団体名									
氏名	(フリガナ)										
	氏名										
現住所	〒										
	電話番号 (ハイフンで繋ぐ)	—									
	携帯番号 (ハイフンで繋ぐ)	—									
連絡用 PC e-mail	(記入内容の確認、当落通知等をする為、必ず記入して下さい。合格した際にも登録されます)										
勤務先 又は 施術所	(フリガナ)									勤務先部署等	
	名称										
	所在地 〒										
	電話番号 (ハイフンで繋ぐ)	—									
受講の可・否などの 送付先  (該当する番号に○印を 付けた上、現住所・勤務 先と異なる場合は記入)	1. 現住所に同じ    2. 勤務先・施術所に同じ    3. その他 (以下に記入)										
	〒										
	電話番号 (ハイフンで繋ぐ)	—									
実技講義受講希望会場	1. 東京      2. 大阪										

\* 取得した個人情報は認定制度運用以外の目的に使用いたしません。

\* 定員100名を超えた申し込みがあった場合、厳正な抽選を行います。