

マッサージ等将来研究会 平成27年度 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ください。（視覚障害のある方は代筆可能です）

所属団体の有無 1. 有 2. 無		所属団体名 公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会											
氏 名	フリガナ								生年月日				
									昭 平	年	月	日	
現 住 所	〒												
	電話番号						—						
	携帯番号					—				—			
メールアドレス													
勤務先又は施術所	フリガナ								勤務先部署等				
	名称												
	〒												
	電話番号						—				—		
	携帯番号						—				—		
受講の可否などの 送付先、連絡先 核当する番号に○印 3の場合のみ記入	1. 現住所 2. 勤務先・施術所 3. その他（以下に記入）												
	〒												
	電話番号						—				—		
実技講義 希望会場		1. 東京 2. 大阪											

どなたかのご紹介ですか	1. はい（以下に記入してください）								2. いいえ				
紹介者氏名													
紹介者所属団体													
受講時期	第		回		受講者		または		平成		年4月		認定者

* 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名を超えた申込みがあった場合は、厳正な抽選を行います。