

マッサージ等将来研究会 平成28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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------------------|--|---|-----|-----|----|--|---|---|---|-----|--|--|--|
| 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。