

# マッサージ等将来研究会 平成30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）

<b>所属団体</b>  <small>所属する団体名の前の□に✓印を付けて下さい</small>	<input type="checkbox"/> (一社) 日本東洋医学系物理療法学会 <input type="checkbox"/> (公社) 全国病院理学療法協会 <input type="checkbox"/> (公社) 日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> 日本理療科教員連盟	<input type="checkbox"/> (公社) 全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> (社福) 日本盲人会連合 <input type="checkbox"/> (公社) 東洋療法学校協会 <input type="checkbox"/> 所属団体なし
<b>氏名</b>	フリガナ	生年月日
		昭 平 年 月 日
<b>現住所</b>	〒	
	電話番号	— — — — —
	携帯番号	— — — — —
<b>メールアドレス</b>		
<b>勤務先又は施術所</b>	フリガナ	勤務先部署等
	名称	
	〒	
	電話番号	— — — — —
	携帯番号	— — — — —
<b>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</b>	1. 現住所      2. 勤務先・施術所      3. その他（以下に記入）	
<b>情報交換会参加申込</b>	〒	
	電話番号	— — — — —
<b>情報交換会参加申込</b>	情報交換会への参加申込しますか？	1. はい      2. いいえ

<b>どなたかのご紹介ですか</b>	1. はい（以下に記入してください）      2. いいえ
<b>紹介者氏名</b>	
<b>紹介者所属団体</b>	
<b>受講時期</b>	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。