

令和3年度 東洋療法将来研究会

「認定訪問マッサージ師講習会」「認定機能訓練指導員」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)

※本書は「認定訪問マッサージ師講習会」および「認定機能訓練指導員」の参加申込書も兼ねています。

ご注意ください。

※あん摩マッサージ指圧師免許をお持ちの方は、両方の講習会において認定が受けられます。

該当する番号に○印をつけて下さい。

認定訪問マッサージ師講習会へ参加申込しますか？	1. 申込む 2. 申込まない
認定機能訓練指導員講習会へ参加申込しますか？	1. 申込む 2. 申込まない
既にどちらかの資格を保有していますか？	1. はい 2. いいえ
「はい」と答えた方 どちらの資格を保有していますか？	1. 認定訪問マッサージ師 2. 認定機能訓練指導員
参加方式(当てはまる□にチェック) □対面 □ライブ配信 □オンデマンド配信	
所属団体 所属する団体名の前の□に✓印を付けて下さい	<input type="checkbox"/> (一社) 日本東洋医学系物理療法学会 <input type="checkbox"/> (公社) 全日本鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> (公社) 全国病院理学療法協会 <input type="checkbox"/> (社福) 日本盲人会連合 <input type="checkbox"/> (公社) 日本あん摩マッサージ指圧師会 <input type="checkbox"/> (公社) 東洋療法学校協会 <input type="checkbox"/> 日本理療科教員連盟 <input type="checkbox"/> 所属団体なし
氏名	フリガナ
	生年月日 昭 年 月 日 平
現住所	〒
	電話番号
	携帯番号
卒業学校名	
免許証番号	例) 免許：あん摩マッサージ指圧師 免許証番号：第123456号 免許： _____ 免許証番号： _____ 免許： _____ 免許証番号： _____ 免許： _____ 免許証番号： _____
メールアドレス	
勤務先又は施術所	フリガナ
	名称
	〒
	電話番号
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。

「二次利用に関する誓約」

東洋療法将来研究会が提供する講習会の情報、画像、音声等を、権利者の許可なく複製、転用、販売、他媒体への配信などの二次利用を行わないことを誓います。

年 月 日

氏名