

「認定訪問マッサージ師講習会」更新講習会 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)

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								
訪問マッサージの経験はありますか									1. はい 2. いいえ								
訪問マッサージの経験年数はどれくらいですか？									() 年								
参加方式(当てはまる□にチェック) □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		☐ (一社) 日本東洋医学系物理療法学会								☐ (公社) 全日本鍼灸マッサージ師会							
		☐ (公社) 全国病院理学療法協会								☐ (社福) 日本盲人会連合							
		☐ (公社) 日本あん摩マッサージ指圧師会								☐ (公社) 東洋療学校協会							
		☐ 日本理療科教員連盟								☐ 所属団体なし							
認定を受けた受講年度 受講年度 年度 認定番号 および認定番号																	
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						-					-				
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						-					-				

* 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