平成30年度（2018年）　　受付番号

運動療法機能訓練技能講習会・受講申込書

フリガナ　　男 ・ 女	
氏　名	・昭和 ・平成 ・西暦 生年月日　　年　月　日
自宅住所 〒	TEL
勤務先	所属科名
所在地 〒	TEL
所持免許証または修講証 免許番号 マッサージ師免許 ＿＿＿＿＿＿ はり師免許 ＿＿＿＿＿＿ きゅう師免許 ＿＿＿＿＿＿ 柔道整復師免許 ＿＿＿＿＿＿ 看護師免許 ＿＿＿＿＿＿ 准看護師免許 ＿＿＿＿＿＿ セラピスト研修終了 ＿＿＿＿＿＿	・該当の者に○をつけること ・免許証のコピーを添付すること ・A4 サイズにコピーすること
全国病院理学療法協会　1. 会員　2. 入会を希望する　3. 非会員	
講習会中止の場合の返金振込先 ＿＿＿＿＿＿銀行・信用金庫 本店　普通・当座 信用組合・JA 支店　口座番号 ＿＿＿＿＿＿ フリガナ 名義人 ＿＿＿＿＿＿	

上記の通り、講習会の受講を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＊＊　この講習会受講申込書に提供された個人情報は適切に管理し、運動療法機能訓練技能講習会の目的のために利用し、これ以外の目的には利用しません。