

# 平成30年度中部地方会運動療法機能訓練技能講習会 受 講 申 込 書

※ 記入は正楷書にてお願いいたします。(氏名は、戸籍名を必ず記入してください)

ふりがな 氏 名			生年月日	昭和・平成	年	月	日
			男	・		女	
現 住 所	〒	TEL ( )					
勤務先名				所属部署名			
勤 務 先 住 所	〒	TEL ( )					
所持 免許 証 番 号  写 添 付	資格名	免許区分	交付日	番号			
	マッサージ師免許	大臣・都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
	はり師免許	大臣・都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
	きゅう師免許	大臣・都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
	柔道整復師免許	大臣・都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
	看護師免許	大臣	・ ・	第	号		
	准看護師免許	都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
その他の医療免許	免許名						
		大臣・都道府県名 ( )	・ ・	第	号		
運動器リハビリテーションセラピスト(該当・非該当) 該当は、証明できるものを添付							
受講区分 (いずれかに○) 現会員 ・ 入会して会員として受講 ・ 会員外受講							
受験区分 (問題・解答各々○) <問題> 活字(墨字)・点字・音読 <解答> 活字(墨字)・点字・代筆							
講習会開催中止となった場合の返金振込先							
銀行・信用金庫		本店	普通・当座				
信用組合・JA		支店	口座番号				
( )			ふりがな				
			名義人				

私は、公益社団法人全国病院理学療法協会が主催し、中部地方会が開催する平成29年度運動療法機能訓練技能講習会に受講料を納入の上、受講を申し込みいたします。

平成 年 月 日

受講申請者氏名

印

中部会・支部事務処理欄(書類確認、必ず受取り時にチェックし、○を記入すること)

	申込書	受講料	会員登録	会費入金金	誓約書	口座振替
事 務 局						
支 部 長						
経 理						
技 能 会 計						
中部会委員長						