

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 信用組合・JA 支店		普通・当座 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。

令和6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。