

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。

20 23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。