

令和6年度

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		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
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			
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		普通・当座	
銀行・信用金庫 本店		口座番号 _____	
信用組合・JA 支店		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 5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。