

受講申込書

ふりがな氏名		男・女
生年月日	昭和 年 月 日 才	
ふりがな自宅住所	〒	
自宅電話番号	Tel	
最寄り駅		
鍼灸の出身校	出身校名： 昭和・平成 年 月 卒業 ・ 卒業見込み	
免許番号	はり師： きゅう師： その他：	
視力	晴眼・弱視・全盲 墨字(普通字)使用・点字使用	
ふりがな事業所名		
事業所住所	〒	
事業所電話番号	Tel	
営業形態	独立開業・勤務	
営業内容	鍼灸・マッサージ・接骨院・病院等 その他(具体的に)	
紹介者名	web	紹介状 有 関係
備考	本部聴講 回 支部聴講 回 機関誌購読 有	わかりやすい学術講習会受講 回 学生向け経絡治療講習会受講 回 その他

※必要事項を記入、該当項目には○印を付けて下さい。

貴会の主旨規約を了承し受講を申し込みます。

氏名 _____ 印

平成 年 月 日

東洋はり医学会 会長 柳 下 登志夫 殿