

受講申込書

受付日 年 月 日

※正確に記入して、該当項目は○で囲んでください。

ふりがな 氏名	男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢 才
視力と使用文字	晴眼 ・ 弱視 ・ 全盲	墨字（普通文字）・点字
ふりがな 自宅住所	〒	
自宅電話番号	(自宅)	(携帯)
メールアドレス		
ふりがな 事業所名		
事業所住所	〒	
事業所電話番号	() -	
営業形態	独立開業 ・ 出張専門 ・ 勤務	
営業内容	鍼灸・マッサージ・接骨院・病院・その他（具体的に）	
鍼灸の出身学校	出身校名： 昭和・平成 年 月 卒業 ・ 卒業見込み	
自宅最寄り駅	線 駅	
紹介者名	紹介状： 有 ・ 無 関係	
備考	本部聴講 回 わかりやすい学術講習会受講 回 支部聴講 回 学生向け経絡治療講習会受講 回 機関誌購読 有 その他	
免許番号	はり師： きゅう師 その他 新卒者のため未定：入会時提出	

貴会の主旨規約を了承し受講を申し込みます。

平成 年 月 日

氏名 _____ 印

東洋はり医学会 会長 殿