

# 受講申込書(FAX:03-5904-6062)

下記の通り申し込みます。

フリガナ			申込日	平成 年 月 日
氏名			性別	(男・女)
生年月日	(大・昭・平) 年 月 日		会員番号	
フリガナ				
住所	〒 <u>都・道・府・県</u>			
電話		携帯		
FAX		E-MAIL		
取得資格 (該当する資格等 に○印をつける)	柔道整復師 鍼灸師 あん摩マッサージ指圧師 医師 看護師 理学療法士 作業療法士 ケアマネジャー 社会福祉士 精神保健福祉士 介護福祉士 ヘルパー その他( ) 資格不所持 学生			
開催日時	開催会場	受講料(税込み) 一般社団法人会員	受講料(税込み) 一般社団法人会員以外	通信(税込み)
7/9(土)	大阪	3,000円( )	5,000円( )	3,500円( )
7/10(日)	博多	3,000円( )	5,000円( )	3,500円( )
7/24(日)	東京	4,000円( )	7,000円( )	4,500円( )
8/14(日)	東京	4,000円( )	7,000円( )	4,500円( )
9/11(日)	東京	4,000円( )	7,000円( )	4,500円( )

\* 受講希望のセミナー( )内に○印を記入してください。

\* 通信希望者は以下のどちらかに○印を記入してください。

ビデオ希望 ( )

音声CD ( )

## 申込方法

必要事項をご記入の上、FAX または郵便にてお申ください。折り返し受講証・会場地図等を送付させていただきます。

## 受講料のお支払いについて

会場持参または振込みにてお願いいたします。振込みをご希望の方につきましては、申込確認後、振込先をご案内いたします(通信は振込みのみ)。

振込希望	( )	会場持参	( )
------	-----	------	-----