B票　柔道整復師卒後臨床研修**指導者講習会（ワークショップ）**申込書

フリガナ		※各項目明瞭に記入のこと	写真貼付 40mm×30mm
氏　　名			
免許登録番号	【　　】	男　・　女	
免許登録日	昭和　・　平成　　年　　月　　日		
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日　　（満　　歳）		
受講開催地・開催日	国民生活センター	平成29年7月15日（土）及び16日（日）　開催	
住所	〒　　ー 都・道・府・県 （マンション等名、号室まで記入すること。）		
電話番号	（　　）	FAX番号	（　　）
どちらか該当する項目をご記入ください	①　臨床研修施設認定番号　【　　―　　】		
	②　認定実技審査員認定番号（6ケタ）　【　　】		

講習会で取上げて欲しいテーマまたは興味・関心事等ございましたらご自由にお書きください。

上記のとおり柔道整復師卒後臨床研修指導者講習会を申し込みます。

平成　　年　　月　　日

申　込　者　　印

公益財団法人柔道整復研修試験財団

代表理事　　福　島　　統　　殿