

同意書

公益財団法人柔道整復研修試験財団のホームページ上に、氏名、住所地
及び卒後臨床研修修了認定番号・認定年月日を公開することに

1)

	同意します
	辞退します

(いずれかに丸印を付してご返送をお願いいたします)

2) 同意する場合、希望の記載住所地

(例)東京都港区

(例)大阪府大阪市浪速区

(例)宮城県仙台市青葉区

3)

記入日

平成	年	月	日
----	---	---	---

氏名	印
----	---

卒後臨床研修修了認定番号

—

4) 現住所

〒	—
---	---

公益財団法人柔道整復研修試験財団
代表理事 福島 統 殿