

令和2年度　マッサージ等将来研究会

「認定訪問マッサージ師講習会」「認定機能訓練指導員」受講申込書

※太枠内を必ずご本人が楷書で書いてください。（視覚障害のある方は代筆可能です）

※本書は「認定訪問マッサージ師講習会」および「認定機能訓練指導員」の参加申込書も兼ねています。
ご注意ください。

※あん摩マッサージ指圧師免許をお持ちの方は、両方の講習会において認定が受けられます。
該当する番号に○印をつけて下さい。

認定訪問マッサージ師講習会へ参加申込しますか？										1. 申込む　2. 申込まない																					
認定機能訓練指導員講習会へ参加申込しますか？										1. 申込む　2. 申込まない																					
既にどちらかの資格を保有していますか？										1. はい　2. いいえ																					
「はい」と答えた方　どちらの資格を保有していますか？										1. 認定訪問マッサージ師 2. 認定機能訓練指導員																					
11月28日(土)の情報交換会(18:00～19:30)へ参加申込しますか？										1. 申込む　2. 申込まない																					
所 属 団 体 所属する団体名の前の□ に✓印を付けて下さい		☐ (一社) 日本東洋医学系物理療法学会										☐ (公社) 全日本鍼灸マッサージ師会																			
		☐ (公社) 全国病院理学療法協会										☐ (社福) 日本視覚障害者団体連合																			
		☐ (公社) 日本あん摩マッサージ指圧師会										☐ (公社) 東洋療法学校協会																			
		☐ 日本理療科教員連盟										☐ 所属団体なし																			
氏 名		フリガナ										生年月日																			
												昭 平 年 月 日																			
現 住 所		〒																													
		電話番号						—						—																	
		携帯番号						—						—																	
卒業学校名																															
免許証番号		例) 免許：あん摩マッサージ指圧師　免許証番号：第123456号																													
		免許：_____										免許証番号：_____																			
		免許：_____										免許証番号：_____																			
		免許：_____										免許証番号：_____																			
		免許：_____										免許証番号：_____																			
メールアドレス																															
勤務先又は施術所		フリガナ										勤務先部署等																			
		名称																													
		〒																													
		電話番号						—						—																	
		携帯番号						—						—																	
受講の可否などの 送付先、連絡先 核当する番号に○印 3の場合のみ記入		1. 現住所										2. 勤務先・施術所										3. その他（以下に記入）									
		〒																													
		電話番号						—						—																	

どなたかのご紹介ですか	1. はい（以下に記入してください）										2. いいえ									
紹介者氏名																				
紹介者所属団体																				
受講時期	第 回受講者										または 平成 年4月認定者									

＊ 個人情報 は 認定制度運用以外の目的に使用いたしません。