

## 令和5年度 保険取り扱い等講習会 受講申込書

令和5年 月 日

氏名	(ふりがな)
住所	〒
電話番号	TEL — —
FAX番号	FAX — —
施術所名 勤務先名又は 学校名	
備考	

(注)

1. 個人情報とは本事業以外で使用いたしません。
2. 施術所名、勤務先名又は学校名については、該当する名称をご記入願います。
3. 備考欄については、何かお気づきのことがございましたらご記入願います。
4. 提出先については、公益社団法人茨城県柔道整復師会までEメール又はFAXによりご送信ください。
5. 受講申込書は、公益社団法人茨城県柔道整復師会ホームページ (<http://www.shadan-ibaraki.or.jp/>) からダウンロードできます。

公益社団法人 茨城県柔道整復師会  
〒310-0804 水戸市白梅二丁目2番39号  
TEL 029-247-8111 / FAX 029-247-8126  
Eメール shiraume08@ibaraki.email.ne.jp