

令和6年度 保険取り扱い等講習会 受講申込書

令和6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 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、何かお気付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 hokenkosyukai@shadan-ibaraki.or.jp