

(FAX 029-247-8126)

平成29年度 保険取り扱い等講習会 受講申込書

平成29年 月 日

氏 名	(ふりがな)
住 所	〒
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