

浮腫療法「基本手技コース」講習会 FAX申込み用紙

申込みFAX: 088-657-7183 (担当:相場・木内)

※各講習会につきましては開催予定表をご確認の上、ご希望の講習会の日時・会場名をご記入ください

希望開催地	希望受講コース	希望受講日	希望受講会場名	受講決定の案内
第1希望 (都・道・府・県)		平成 年 月 日 ()		※各日先着12名とさせていただきます。なお、受講の決定につきましては、締め切り後に下記ご勤務先FAXまたはご希望のFAX送信先までFAXにて「受講決定通知」もしくは「受講不可通知」をご案内させていただきます。郵送にての送付をご希望の方は通信欄に送付先の氏名・住所をお書き添えください。開催近郊の郵送希望はお応えできない場合もございます。予めご了承ください。 ※受講決定通知は遅くとも講習会が開催される10日前までにはFAX等で送信いたします。お手元に届いていない場合はご連絡下さい。 ※講習会の会場につきましては変更する場合があります。又、会場都合等により定員も変更する場合があります。予めご了承ください。
第2希望 (都・道・府・県)		平成 年 月 日 ()		
第3希望 (都・道・府・県)		平成 年 月 日 ()		

〈申込方法〉

※講習会の申し込み締め切りは各講習会開催日の4週間前となります。I・II同時申し込みも可能です。

※氏名(フリガナ)、職種、経歴年数、勤務先、ご連絡先をご記入ください。代表者の方を①の欄にご記入ください。

※基本手技Ⅱを受講希望される場合は基本手技Ⅰの受講が必修(過去の受講も含む)です。その場合は過去の受講履歴をご記入下さい。基本手技Ⅲの受講歴があればご記入ください。

※下記欄は、指書で正しくご記入ください(名簿登録のため) なお、空白、不明等がございましたら、ご確認の電話をさせていただきます。ご了承ください。

氏名(フリガナ)	職種	経歴年数	勤務先名:	勤務先	ご連絡先
① (漢字氏名)		年 月 日	〒		携帯 「受講決定通知」希望FAX送信先
受講履歴	受講日:平成 年 月 日(会場名)	受講コース	受講日:平成 年 月 日(会場名)	受講コース	受講コース
(フリガナ)	勤務先名:	〒	〒	携帯	
② (漢字氏名)		年 月 日	〒		「受講決定通知」希望FAX送信先
受講履歴	受講日:平成 年 月 日(会場名)	受講コース	受講日:平成 年 月 日(会場名)	受講コース	受講コース

〈通覧欄〉 ※ ご質問など何かわからないことがございましたら、ご自由にお書きください。