

平成	年度	東北 東京 大阪	スキルアップコース 受講申込書	写真
ふりがな			男女	
氏名				
生年月日				
住所	〒			
電話				
資格	医師・指圧・鍼灸・柔整・按摩マッサージ カイロ・療術師・その他			
出身校				
開業している人は、治療院名、治療院の住所をご記入ください。				
治療院名				
住所	〒			
電話				
日本整体学会に受講を希望いたします。				
平成 年 月 日				
氏名 _____ 印				
〒173-0035 東京都板橋区大谷口2-56-7 日本整体学会事務局 TEL 03-3972-2005 FAX 03-3958-4996				