

## 令和7年度 保険取り扱い等講習会 受講申込書

令和 7 年          月          日

|                             |                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------|
| 氏          名                | (ふりがな)                                            |
| 住          所                | 〒                                                 |
| 電 話 番 号                     | TEL                      —                      — |
| FAX 番 号                     | FAX                      —                      — |
| 施 術 所 名<br>勤 務 先 名<br>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>)からも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](mailto:hokenkosyukai@shadan-ibaraki.or.jp)