

## 平成30年度 保険取り扱い等講習会 受講申込書

平成30年 月 日

氏 名	(ふりがな)
住 所	〒
電 話 番 号	TEL — —
F A X 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 shiraume08@ibaraki.email.ne.jp