

# 日本良導絡自律神経学会中部ブロック講習会

平成 年 月 日 参加申込書

ふりがな		性別	生 年 月 日		
氏 名		男 女	昭・平	年	月 日 生 ( ) 歳
住 所	〒 -				
電 話		E-メール			
資 格	・鍼灸師 ・あん摩マッサージ指圧師 ・柔道整復師 ・医師 ・歯科医師 ・その他医療職 ・学生 学校名 ( ) 学年 ( 1年・2年・3年・4年 )				
開 業 or 勤務先	※開業・勤務者のみご記入下さい。 名称： 住所： 〒 - 電話：				
Q.当学会の講習会を 何でお知りになりましたか？					
・紹介（紹介者名： ） ・ホームページ ・学校の告知 ・その他（ ）					
受 講 感 想	（今後も有意義な講習会にするために、ご感想やアドバイスをいただけると幸いです）				
◎ 当学会から今後の講習会やイベント案内を郵送・メールにてご案内いたしますがよろしいですか？ ・どちらでも可能 ・郵送のみ可 ・メールのみ可 ・案内は必要ありません					

※個人情報の取得と利用について

当学会では皆様の個人情報を今後開催される講習会のご案内や運営の参考目的で取得・利用させていただきます。

ご提供いただいた個人情報を目的の範囲をこえて利用することはありません。

日本良導絡自律神経学会中部ブロック

会長 小川 稔