

申請日： 平成 年 月 日

申し込み先

公益社団法人東洋療法学校協会会長 殿

FAX:03(3432)0263

## H28年度「はりきゅう実技評価審査」申込書

学校名					※学校コード		
学校長名					学校最寄り駅 (記入例) JR 浜松町駅 地下鉄 大門駅		
住所		〒					
電話番号		( )					
実施日時					例)11:00~12:30	受講者数	ブース数
月	日	( )	午前/Ⅰ部	~		名	*
			午後/Ⅱ部	~		名	*
			夜間	~		名	*
月	日	( )	午前/Ⅰ部	~		名	*
			午後/Ⅱ部	~		名	*
			夜間	~		名	*
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「※」印欄は記入しないでください。</li> <li>・太枠線内のみ記入下さい。</li> <li>・担当者名欄については、本評価事業お知らせ受取可能な方を記載ください。</li> <li>・派遣者の移動を考慮して開始時間は、打合せを含め10時以降からにしてください。終了時間も同様にご配意願います。</li> </ul>					受講総数		名
					※受験料 (@3,240)税込		
					担当者名		
					メールアドレス		

申込締め切期日： 平成28年 6月20日 (月)