

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"> ・「※」印欄は記入しないでください。 ・太枠線内のみ記入下さい。 ・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。 ・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。 | | | | | 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)