

## 療養費取扱い認定講習会受講申込書 兼 受講票

事業協同組合全国鍼灸マッサージ師協会 殿

平成 年 月 日現在

写真貼付欄

- 1.縦3.0cm×横2.4cm
- 2.本人単身胸から上
- 3.無帽・無背景・正面
- 4.裏面に氏名を記入
- 5.撮影後半年以内

(全面糊付)  
(カラー)

受講者	会員番号							※会員外は未記入で結構です	性別	男	女
	フリガナ							生 年 月 日			
	氏名							昭和・平成	年 月 日		
	晴盲の別	晴	盲 ( )						賠償保険 加入有無	有 無	
受講者の 現住所	〒			-			都 道 府 県				
	電話番号					携帯電話					
	※電話番号もしくは携帯電話番号のどちらかは必ず御記入下さい。当日中止の場合などの緊急連絡先となります										
	FAX					E-mail					
代表会員名	※受講者が代表会員で無い場合に御記入ください						代表会員 会員番号	※受講者が代表会員では無い場合に御記入ください			
講習日	平成	年	月	日	講習会場	会場					

ご案内：ご記入頂いた情報は、療養費取扱い認定講習における認定証、名簿等及び認定者のデータベースの作成用として使用し、当組合が行う事業目的を達成すること以外には使用いたしません。

- ・領収書の宛名は、受講者氏名となります。他の宛名をご希望の方は、事前にご連絡ください。
- ・申込書に不備があると、受付できません。
- ・受付完了後、組合印が押捺された受講票を返送いたしますので、受講時に必ずお持ちください。
- ・貼付した写真が認定証の写真となります

事務局処理欄(記入しないで下さい)	
受付日	記載事項確認者
年 月 日	
<b>受 講 票</b>	
会員番号	会場
療養費取扱い認定講習	殿
受講日	組合確認印
※受付開始は30分前より	
平成	年 月 日
時間	時 分 ~ 時 分

※印無き物は無効