

平成		東京	年度	受講申込書	写真
		大阪			
ふりがな			氏名	男女	
氏名					
生年月日					
住所	〒				
電話					
資格	医師・指圧・鍼灸・柔整・按摩マッサージ カイロ・療術師・その他				
出身校					
開業している人は、治療院名、治療院の住所をご記入ください。					
治療院名					
住所	〒				
電話					
日本整体学会に受講を希望いたします。					
平成 年 月 日					
氏名 _____ 印					
〒173-0035 東京都板橋区大谷口2-56-7					
日本整体学会事務局					
TEL 03-3972-2005 FAX 03-3958-4996					