

世界 & 膜(東京・長野・名古屋) 申込書

*会場と希望するコースに○をつけて下さい

会場： 東京 長野 名古屋

コース： 「オステオパシーの世界へ」 だけを受講

「膜の概念・頭蓋と身体のつながり」 だけを受講

「オステオパシーの世界へ」 & 「膜の概念・頭蓋と身体のつながり」 を受講

以下の3点を約束した上で申し込みます。

1. セミナー中に医療事故が発生した場合でも、講師及び主催者側に対し訴訟も含めた一切の責任を問わないこと。
2. 申込書は正確に書くこと、また故意による虚偽の記入をしないこと。また、各項目は未記入にせず、無い場合は「なしなどと記入すること。
3. 上記1、2に反した場合は、申し込みの拒否、またはセミナー中の退場処分を受けても主催者の指示に従い、一切の不服申し立ても行わず、セミナー費用の返金要求しないこと。

氏名	:	生年月日	:	/	/	
英語表記	:	性別	:	男	・	女
自宅住所	〒					
TEL	:	FAX	:			
携帯	:	Eメール	:			
勤務先名	:					
勤務先住所	〒					
TEL	:	FAX	:			
*基本的には携帯電話に優先的に連絡させていただきますが、連絡が取れない場合は職場あるいはご自宅に連絡させていただきます。						
医療国家資格	有:	無: JCO卒・専門学生・その他				
所属団体	<input type="checkbox"/> JOPA会員 <input type="checkbox"/> JOMA会員 <input type="checkbox"/> JOA会員 <input type="checkbox"/> AJOA会員 <input type="checkbox"/> JACO会員 <input type="checkbox"/> KOA会員 <input type="checkbox"/> JICO会員 <input type="checkbox"/> 上記の団体に属さない一般有資格者 (団体名:) <input type="checkbox"/> JOPA会長の許可を得た方 <input type="checkbox"/> 専門学校生 (学校名:)					

※ JOPA会員の方は会員証のコピーを、医療系学校学生の方は学生証のコピーを併せてFAXまたは郵送願います。

※ 初めてお申込みされる方は、医療資格免許証のコピーをFAXまたは郵送願います

お問い合わせ・お申し込み先 日本オステオパシープロフェッショナル協会(JOPA)

〒658-0052 兵庫県神戸市東灘区住吉東町4-6-16 りりぱっとうす207

TEL:078-822-7739

FAX:078-841-1073

info@osteopathy.co.jp