

基礎コース C：ベーシックテスト 申込書

神戸会場：2021年12月5日（日）

下記事項を確認・順守することを誓い、申込みいたします。

1. 講義中に医療事故が発生した場合でも、講師及び主催者側の不可抗力による場合、訴訟も含めた一切の責任を問わないこと。
2. 申込書に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」と記入すること。
3. 当協会が主催するセミナーを利用して、会長の許可なく一切の営業活動を行わないこと。
4. 当協会の許可なくカメラ、ビデオ等による撮影を行わないこと。
5. 当協会の許可なく、セミナー受講後に当該受講内容を個人的なセミナー活動や勉強会などで伝達しないこと。
6. 上記1、2、3、4、5に反した場合は、申し込みの拒否、または講義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、講義費用の返金要求をしないこと。
7. 講師の突発的なケガ・病気、及び交通機関の事故やストライキ、災害などの不可抗力によってセミナーが開催できない場合は、セミナー費用返金請求以外、開催中止に伴うそれ以外（交通費・宿泊費・逸失利益など）の返金・賠償請求は行わない事。

| | | | | | | |
|------|---|------|---|---|---|---|
| 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 | ・JOPA 会員 (一般・準・賛助) ・JTOC 学生会員 ・JOMA 会員 ・JOA 会員 ・AJOA 会員 ・KOA 会員 ・JACO 会員 ・JICO 会員 ・ASSSG 会員 ・上記の団体に属さない一般有資格者(団体名:) | |

*本申込書で知り得た個人情報は、一切外部には開示致しません。

JOPA 事務局 FAX: 078-841-1073

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 りりぱっとはうす207
TEL:078-822-7739 FAX:078-841-1073 info@osteopathy.co.jp