

「四角い頭を丸くする」驚愕セミナー申込書

神戸会場 2024年3月30日(土)～31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。

※一般受講者の方は、太枠欄のみご記入下さい。

***ワクチン接種履歴をご回答ください。・未接種**

- ・1回目(ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ) 接種時期: 年 月頃 ・2回目(ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ) 接種時期: 年 月頃
・3回目(ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ) 接種時期: 年 月頃 ・4回目(ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ) 接種時期: 年 月頃

このセミナーをお知りになったきっかけは何ですか?	
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ご紹介(治療院()個人()様)	
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へ優先的に連絡させていただきますが、緊急連絡として連絡が取れない場合は、ご自宅あるいは職場へ連絡させていただくこともあります。

医療資格名(全て):	
医療資格経歴:	年取得 / 臨床経験: 年目
JOPAセミナー(初回・2回目以降) / JOPA会員(一般・準・賛助)・JTOC学生・非会員	
セミナーを知ったきっかけ: ホームページ・Eメール・紹介: 紹介者()	
Instagram・YouTube・アメブロ・SNS広告・Facebook・DMを見て・その他()	

※本申込みにて取得した個人情報は、セミナー教授内容および進行上における重要な情報として厳正に取り扱いをさせていただきます。

またその個人情報も外部へは一切開示いたしません。

FAX送信先: JOPA事務局 078-841-1073