

四肢マニピュレーションコース 全6日 申込書

神戸会場:

2024年4月6-7日①②()単発

【PACK申込】全6日

【ペア申込】全6日

2024年4月27-28日③④()単発

()

()

2024年5月18-19日⑤⑥()単発

下記事項を確認・順守することを誓約し申し込みいたします。

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. 当協会主催のセミナーを利用して、会長の許可なく、営業活動は一切行わないこと。
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. セミナー受講後、当協会の許可なしに当該受講内容を個人的なセミナーや勉強会活動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、講義中の退場処分または、今後の申し込みの拒否を受けても、一切の不服申し立てや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こと。

氏名:	生年月日: / /
英語表記:	性別: 男・女
自宅住所: 〒	
TEL(自宅・携帯電話):	FAX:
Eメールアドレス:	
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 / 臨床経歴: 年目
JOPAセミナー(初回・2回目以降)/ JOPA会員(正・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・ブログ・SNS広告・DMを見て・その他()

※本申し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