

第 _____ 回 介護予防・機能訓練指導員養成講座申込書

NPO 介護予防研究会行き

(記入日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■お名前

(ふりがな) 氏 名				性別	男	・	女	
生年月日	昭和	・	平成	年	月	日生	年齢	歳
有資格名	鍼灸師 ・ 柔道整復師			その他 (_____)				

■ご自宅

ご住所	〒 _____		
携帯 TEL	_____	自宅 FAX	_____
E-mail	_____		

■機能訓練認定鍼灸師コース (鍼灸師のみ)

(いずれかに○をお願いします) → 受講を希望する ・ 受講を希望しない ・ 未定

■通信欄

領収書名を会社 (治療院) にする場合は、こちらに記載してください。

■受講料 介護予防・機能訓練指導員養成講座 30,000 円 / 機能訓練認定鍼灸師コース 120,000 円

■振込先 巢鴨信用金庫 志村支店 普通 3169693
特定非営利活動法人 介護予防研究会 理事 佐藤 司

■〒115-0052 東京都北区赤羽北 2-13-8 NPO 介護予防研究会
TEL 03-3909-8031 Eメール info@kaigoyobou.or.jp

FAX 03-5963-8132