

※別紙、Privacy Policyを承認の上、ご記入ください。

受講申込書

一般社団法人メディカルトレーニング協会 御中

年 月 日

私は、このたび、Privacy Policy並びに下記の承諾事項を承認の上、新日本プロレスメディカルトレーナー実務研修に申し込みたいとします。

フリガナ		性別	生年月日			
氏名	印	男・女	西暦	年	月	日
現住所	フリガナ 〒					
連絡先	TEL 携帯電話番号	FAX	E-mail			
最終学歴						
保有資格	<input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 鍼灸師 <input type="checkbox"/> あんま指圧マッサージ師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> アスレティックトレーナー <input type="checkbox"/> その他の資格 ()					
参照媒体	本協会の養成講座は何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌 () <input type="checkbox"/> メディア、Web () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
承諾事項	・一旦支払われた受講料の返還は受けられない場合があることを承諾いたします。 ・自己の都合により、途中で受講されない場合の受講料の返還は受けられないことを承諾いたします。					

協会記入欄

●受付年月日	平成	年	月	日	曜日	担当		
●受講者登録	平成	年	月	日	曜日	担当		
●受講票送付	平成	年	月	日	曜日	担当		
●受講料確認	平成	年	月	日	曜日	担当		
備考								

印刷して、記入、捺印のうえ、履歴書と一緒に郵送にてお申込みください。