標準徒手医学会

会長・教育局長　御中

アシスタントシップ（ディプロマコース）参加申込書

　私は標準徒手医学会（旧名三学会合同徒手医学）講習会の理念と運営方針に賛同し、更に徒手医学の知識と技術を研鑽したく、また将来インストラクターとして活動することも視野において、ディプロマ（インストラクター）コースに参加することを希望します。つきましては当講習会のインストラクター規定を理解し、規定に従いアシスタントシップを開始いたします。

氏名：

住所：

電子メールアドレス：

電話番号：

　　　　　　年　　　　月　　　　日

※ご希望の方は、このファイルに必要事項を記載し下記までメールしてください。

ninteitest＠yahoo.co.jp