

第9回「JFCP国際セミナー」受講申込書 一般申込み

私は、以下の「同意書」に署名捺印の上、第9回「JFCP 国際セミナー」の受講を申込みます。
尚、受講費は締切までに下記の指定口座へ振込みます。

申込日：平成 28 年 月 日

フリガナ	(姓)	(名)	年 齢	才	性 別	男
氏 名						女
フリガナ						
住 所	〒 ー 都・道 府・県					
TEL			FAX			
携帯電話			E-mail			

就業事業所			職務歴	年	
手技療法関連 教育の履修歴			(昭和・平成	年卒・在学中)	
所属団体名	所属組合名				

記入頂いた個人情報 は JFCP 国際セミナー申込受付、セミナー運営並びに、サポートのみに使用致します。

締切：7月22日（金）申込書着 / 入金共

《振込先》 三井住友銀行 神戸営業部 普通口座 8832788 日本カイロプラクティック協同組合連合会
ゆうちょ銀行 記号 14220 番号 4083571 日本カイロプラクティック協同組合連合会
(他銀行からゆうちょ口座へ振込む場合：店番 428 普通 0408357)

同 意 書

日本カイロプラクティック協同組合連合会
代表理事 岸田 和美 殿

私は、「JFCP 国際セミナー」受講に際し、以下の項目に同意します。

1. 募集案内の裏面に記載の注意事項とキャンセル規定を理解し順守します。
2. 他者の健康に携わる職業人としてのモラルを順守します。
3. 本セミナー受講に関し、社会良俗に反する行為は行いません。

理由の如何を問わず、この同意書に反した場合は、「JFCP 国際セミナー」の受講実績を通知なく抹消されることに同意します。

平成 28 年 月 日

氏名 印

<事務局使用欄>

受 付	月	日	誓約書受取日	月	日	
(備考)						

JFCP 日本カイロプラクティック協同組合連合会

〒651-0085 神戸市中央区八幡通 3-2-5-706

TEL:078-230-3691 FAX : 078-230-3692 e-mail: office@jfcg.org