

内臓マニピュレーション VM-1 セミナー【国際】申込書

(年 月 日 申込み)

※氏名	漢字	ローマ字
※年齢	才 男性 ・ 女性	
※住所	〒	
※電話番号	Tel - -	Fax - -
※Email		
※所属団体	JOMA 会員 ※その他()	
※国家資格	注 1	
※学校名	注 2	
※卒業校名	注 3	
※参加回数	注 4 初参加 ・ 過去参加歴あり (年 月参加) (どちらかに○)	
※振込予定日	注 5 年 月 日 [一括払い、分割払い] (どちらかに○)	

※は必須項目ですので必ずご記入ください。

注 1：医療国家資格をお持ちの方は明記し、証書の写しをお送り下さい。

注 2：医療国家資格校の学生は学校名を明記し、学生証の写しをお送り下さい。

オステオパシー・カイロプラクテック 2 年生養成校等の学生は学校名を明記し、
学生証の写しをお送り下さい。

注 3：オステオパシー・カイロプラクテック 2 年生養成校等を卒業している方は学校名を明記し、卒業証
の写しをお送り下さい。

注 4：該当する参加回数に○をして下さい。

注 5：分割払い(4 回まで可)の場合は、事務所にお問い合わせください。

上記、過去に SAJ・JOMA 主催のセミナーを受講された方は証書等の写しは必要ありません。

～下記の該当にチェックを入れてください～

- JOMA ダイレクト・メールを見て
- SAJ ホームページを見て
- カイロジャーナルを見て
- 医道の日本社を見て
- 知合いの紹介
- その他 ()
-



03-6661-9436