

シルバーリハビリ体操指導士養成講師認定講習会申込書

FAX送信

029-244-0506

NPO法人日本健康加齢推進機構事務局 宛

*** は、必ずご記入ください。**

*	お申し込みの講習会	第 _____ 回 ステップ1	
		第 _____ 回 ステップ2	
*	教材(テキスト・みちしるべ)のお申し込み	あり ・ なし	
*	お名前		
*	ふりがな		
	メールアドレス		
※本法人(@nihonkenkoukarei.org)からのメールを受け取れるよう迷惑メール設定等をご確認ください			
*	〒	—	* 都道府県
*	ご住所		
*	建物名・部屋番号等		
*	TEL	—	—
	FAX	—	—
*	書類の希望送付方法	電子メール ・ 郵 送	
※PCもしくはスマートフォンでメールをご覧になれない方は「郵送」をお選びください			
★勤務先への郵送を希望される場合は、下記にご記入ください			
勤務 先 住 所	〒	—	都道府県
	ご住所		
	建物名・ 部屋番号等		
	TEL	—	—
*	勤務先		
*	保有資格		
*	シルバーリハビリ体操指導士 養成講習会を開催する(予定) 都道府県および市町村の名称		
*	講習会受講者へ配布する 「連絡先一覧」への 連絡先(個人情報)掲載希望	希望する ・ 希望しない ※希望する方は、記載する情報に○を記入ください (氏名、住所(自宅または勤務先)、TEL(自宅または勤務先)、メールアドレス)	
	事務局へのご連絡		