**医鍼連携研修（ﾌﾟﾚ研修）受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| メールアドレス（申込書の送信、受講決定通知の受信に使うアドレスを記載） |  |
| 緊急メールアドレス（上記アドレスと同じ場合は記入不要） |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受講資格（右から選択） | 鍼灸師、医師、歯科医師 |
| 学校名（上記資格を取得した学校） |  |
| 卒業年 | 昭和〇〇年　3月  平成〇〇年　3月 |
| 受講資格以外の関連資格（例：柔道整復師） |  |
| 現在の職業 |  |
| 鍼灸師、医師、歯科医師としての経歴等 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医鍼連携及び医鍼連携研修についてご意見等ありましたら記載ください。  （自由記載） |  |

**医療鍼灸協会会長　殿**

　・研修内容の充実と実施方法の円滑化を図るための協力をします。

・医鍼連携研修において私が原因で起こした医療事故は、私が責任を負います。

上記のことを承諾したうえで、医鍼連携研修（ﾌﾟﾚ研修）の受講を申し込みます。

**平成２９年　月　　日　　　申請者氏名**