

『平成 29 年度 呉竹医療専門学校 公開講座』申込書

呉竹医療専門学校 呉竹会
会長 福島 聡一郎 殿

私は貴会が開催する公開講座の参加について、以下のとおりに申し込みます。

希望講座 該当欄に○	テーマ及び講師	希望講座 該当欄に○	テーマ及び講師
	『柔道整復師の国際活動』 【講師】金井 英樹 先生 9/24(日) 1時30分～3時00分		『スポーツ現場でトレーナー に求められること』 【講師】吉田 成仁 先生 12/17(日) 1時30分～3時00分
	『アスリートの鼠径部痛に対する アスレティックリハビリテーション』 【講師】二瓶 伊浩 先生 11/19(日) 1時30分～3時00分		『肩関節拘縮及び痙縮の 評価と治療』 【講師】長嶺 芳文 先生 12/17(日) 3時10分～4時40分

次の欄に全て記載してください。

申込日	平成 年 月 日
フリガナ	
氏名	
ご連絡先	TEL ()
ご所属 <small>該当項目に印をつけてください (複数回答可)</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・一般 <input type="checkbox"/> 埼玉県鍼灸師会 <input type="checkbox"/> 埼玉県鍼灸マッサージ師会 <input type="checkbox"/> 埼玉県接骨師会 <input type="checkbox"/> 埼玉県柔道整復師会 <input type="checkbox"/> その他 () ・呉竹学園卒業生 (卒業科:) ・呉竹学園在校生 (在籍科:)

お申し込み FAX 番号 **048-658-0005**

会場：呉竹医療専門学校

〒330-0854

埼玉県さいたま市大宮区桜木町 1-185-1

JR大宮駅西口より徒歩 5 分

お問い合わせ：048-658-0001

