

一般社団法人日本統合医療学会（IMJ）
認定施設申請用紙（新規）

申請施設名		
施設連絡先	〒	
	TEL	
	FAX	
(フリガナ) 担当者氏名		
担当者所属		
担当者 Email		
資格者氏名 (資格区分に○)	氏名	(認定医・師・療法士)
	氏名	(認定医・師・療法士)
	氏名	(認定医・師・療法士)
	氏名	(認定医・師・療法士)
	氏名	(認定医・師・療法士)
実施されている TM/CAM		

(資格者の認定証コピー添付のこと)

平成 年 月 日

施設長名 _____ 印