**2019年度　日本統合医療学会認定研修　受講申込書**

●お 名 前：

●専門資格：医師、歯科医師、獣医師

　　　　　　看護師、保健師、助産師、薬剤師、臨床検査技師、管理栄養士、理学療法士、

　　　　　　作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、介護福祉士、精神保健福祉士、

　　　　　　歯科衛生士、救急救命士、社会福祉士、はり師、きゅう師、

あん摩マッサージ指圧師、柔道整復師、公認心理士

　　　　　　その他（　　　　　　　　　　）＊（お持ちの資格を〇で囲んでください）

●参加（〇をお付けください）

　（　　　　）　全　Part１～５

　（　　　　）　　　Part１　2019年4月14日（日）13：00～15：30

　（　　　　）　　　Part２　2019年6月22日（土）15：00～18：00

　（　　　　）　　　Part３　2019年6月23日（日）10：00～13：00

　（　　　　）　　　Part４　2019年8月24日（土）15：00～18：00

　（　　　　）　　　協働師Part５　2019年8月25日（日）10：00～13：00

　（　　　　）　　　Part５　2019年8月25日（日）14：00～17：00

●ご連絡先：　勤務先　・　ご自宅　（〇をお付けください）

　　住所：〒

TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　 　E-mail：

**認定研修受講お申込みの流れ**

【振込先】

みずほ銀行　　本郷支店（075）

口座番号：普通　　2707863

口座名義：一般社団法人日本統合医療学会

＊振込手数料は各自ご負担いただきますようお願

いいたします．

【受講申込および入金締切日】

2019年8月15日（木）

【お問い合わせ先】

（一財）口腔保健協会コンベンション事業部内

　日本統合医療学会認定研修運営事務局

〒170-0003

東京都豊島区駒込1-43-9　駒込TSビル

TEL 03-3947-8761 FAX 03-3947-8873

E-mail：gakkai1@kokuhoken.or.jp

参加費を右記の指定口座にお振り込みください．

＊受講料は各Part毎に1万円となります（2 Part受講の場合は2万円となります）．振込票の控えを領収書にかえさせていただきます．

1

　　　　　↓

受講申込書にご記入のうえ，ＦＡＸかE-mailにてご送付ください．

2

　　　　　↓

上記１，２で参加申込手続きは完了です．

（研修当日に会場までお越しください）

3

　　　↓

会場受付で本受講申込書をご提示ください．

（受講証をお渡しいたします）

当

日