

# 有資格者選択コース

## 【受講申込書】

国際整体技術学園

日本カイロプラクティックドクター専門学院仙台校

校長 小倉 毅 殿



今般貴校下記コースの受講を希望しますので申し込みます。

【申込日】令和 年 月 日

(□に✓を入れてください)

希望コース	入学時期	テキスト	機材	白衣
<input type="checkbox"/> ドロップテクニック	R8年4月	ドロップテクニックハンドブック <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要
<input type="checkbox"/> 骨盤ブロックテクニック	R8年7月			
<input type="checkbox"/> アクティベーター&四肢矯正 テクニック	R8年10月	ベーシック <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要 アドバンス <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> ディバーシファイドテクニック	R9年4月	症状別カイロプラクティックハンドブック <input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 不要		

※テキスト・器具・白衣をお持ちの方はご購入不要です。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 満 ( ) 歳	
現住所	〒 -	
電話番号	TEL :	携帯 :
最終学歴	年 月 日 学部	高・専・短・大 科卒業・卒業見込・中退
現在職		
勤務先 (住所・院名)	〒 -	

学院記入欄

確認書類	資格免許証 / 卒業証明書類	※備考
------	----------------	-----