

認定証発行・登録 申し込み用紙

太枠内をご記入ください。その他は任意にてご記入をお願いいたします。

この書面で得られた内容については統合医療評価認証機構の登録に使用し
個人情報として統合医療企画内で保管いたします。

記入年月日 年 月 日

(ふりがな) 氏 名			生年月日	
			性 別	男 女
住 所	〒	電話番号		
		携 帯		
認定証発行	必要 不要			
登 録	希望する 希望しない			
振り込み日	認定証発行・登録手数料 ￥10,500 円		振り込み手続き日	年 月 日
メールアドレス	(PC)			
	(携帯)			
職 業		保有資格		
<p>皆様へのお知らせ、事業への参加依頼等、基本的にメールでお送りします。</p> <p>メールアドレスご記入の際はハイフン(-) アンダーバー(_)、ローマ字のオー 0 とゼロ 0 の区別をはっきりと お願いいたします。</p> <p>氏名、住所、メールアドレスなど登録内容に変更のあった場合は、統合医療評価認証機構事務局までご連絡ください。 ご連絡のない場合は、ニュースレター・お知らせなどが届かない場合がございます。</p>				
<p>ご要望・ご意見などございましたら、ご記入ください。</p>				

統合医療企画

〒567-0829 大阪府茨木市双葉町 4-20 エクセル茨木ビル 305 号室

電話/FAX 072-657-9538

Mail: school@imp-aorma.net