

年	月	資格・免許

◆受講動機

◆健康状態についての情報

◎現在、常用している薬はありますか？ いいえ・はい

→はいの場合 薬名：_____

◎過去に精神的疾患による通院入院経験がありますか？ いいえ・はい

→はいの場合 症名：_____

◎過去5年に大きな病気や手術経験がありますか？ いいえ・はい

→はいの場合 内容：_____

◎何かしらの伝染性の病気をお持ちですか？ いいえ・はい

→はいの場合 病名：_____

◎腰痛や運動制限質問事項等、受講に際して身体的問題その他不安な点等ご自由にお書きください

- 希望研修タイプをまるで囲みます（ Aタイプ ・ Bタイプ ・ A+B希望 ）
- 臨床施設※Aタイプのみ・希望曜日・希望時間《なのはなクリニック・火曜日・遅番希望》
（ _____ ）
- 研修後「鍼灸スタッフ」を希望しますか※A+Bが必須条件（ はい ・ いいえ ）
- 将来的に関連施設での鍼灸外来担当を希望しますか？※A+Bが必須条件（はい・いいえ）

◆規約などのへの承諾

私は鍼灸研修の内容及び規約に同意し、申請内容にも一切の虚偽がないことを誓約した上で、当機関の鍼灸研修制度に申込みいたします

_____年 _____月 _____日 署名 _____ (印)