接骨医療臨床研修所付属　JB 接骨院
施術管理者研修生 申込書

年　　月　　日

フリガナ	
氏名	
生年月日	年　　月　　日
性別	男　・　女
年齢	歳
住所	〒
電話番号	（　　）－（　　）－（　　）
FAX 番号	（　　）－（　　）－（　　）
携帯番号	（　　）－（　　）－（　　）
柔整免許取得年月日	年　　月
柔整免許番号	
卒業学校（柔整）	
柔整以外の資格	鍼灸　・　按摩マッサージ その他（　　）
過去の業務・職務・学歴	
希望研修期間	年間
開業予定年月	年　　月頃
開業予定地域	
特に勉強したい事項	
研修所に希望すること	
本研修生制度の募集を 何で知りましたか？	HP（JB 日本接骨師会・全国勤務柔整師協会） JB 日本接骨師会案内書　・　柔整関係雑誌 知人の紹介　・　その他（　　）
社団 JB 日本接骨師会 会員関係者の知り合い	有　・　無 有の方・・・会員名（　　）

※ 個人情報につきましては、当研修生の選考及び管理以外の目的には使用致しません。