

# FCT講習会 参加申込書

コース名：ベーシック・アドバンス・マスター

会場：東京・その他（ ）

★囲み内は、すべてご記入ください。

ご記入日

年

月

日

201 年 月 日（ ）～ 日（ ）のFCT講習会に参加したく、  
下記の通り申し込み致します。

会員番号

男

女

保有ライセンス

フリガナ

氏名

勤務先名

連絡先住所

（ 勤務先 ・ 自宅 ・ その他 ）

←○で囲む

〒

TEL :

FAX :

E-mail :

保有資格 :

※理学療法士、柔道整復師などの厚労省管轄国家資格とATI資格をお持ちの方はご記入下さい。

足のサイズ :

cm

靴のサイズ :

cm

※参加費の領収書をご希望の方はドクターズディモコ（03-3595-4311）までご連絡ください。

※講習会1日目終了後、講師と受講生の交流会(¥3,500-前後)を予定しております。

同業種、異業種の方々との貴重な意見交換の場となりますので、積極的なご参加をお待ちしております。

※交流会の出欠席は、下記の通信欄の該当箇所に○を付けて下さい。

通信欄（交流会の出欠席の他、何かご意見がありましたらご記入下さい）

・交流会に 出席 ・ 欠席 する