

## LSTR 療法学会入会申し込み書

私は、LSTR 療法学会の活動に賛同しますので、入会を希望します。

		申し込み年月日		20 年 月 日	
氏 名	フリガナ			(印)	<input type="checkbox"/> 男
	-----				<input type="checkbox"/> 女
		生年月日	19 年 月 日	歳	
勤務先	フリガナ			分院の数 箇所 なし	
		〒			
電 話	( )		FAX 番号	( )	
E-mail					
URL	http://				
出身大学					
所属学会					
CDRG 友の会入会年月			20 年 月	未入会	
実習セミナー受講歴	<input type="checkbox"/> 基礎コース		20 年 月	場所	
	<input type="checkbox"/> アドバンスコース		20 年 月	場所	
	<input type="checkbox"/> なし				
宅重の講演受講歴	<input type="checkbox"/> あり ( 回)		<input type="checkbox"/> なし		
パスワードの報告  (例) a12345	<p>3 Mix-MP 法公式サイトの会員向けコンテンツに入るには ID 番号とパスワードが必要です。 ID 番号は会員番号です。 パスワードは、本人が決めて事務局に報告します。 (半角英小文字 1 字) (半角数字 5 桁)</p>				

FAX 送信先 : 022-373-5702