

P & A A C A D E M Y 通信講座申込書

特定非営利活動法人 予防医学・代替医療振興協会御中

申込日 年 月 日

予防医学指導士
代替医療カウンセラーの通信講座を受講したく、申込みます。

上記のいずれかにチェックを入れて下さい。

氏名	フリガナ	生年月日			性別	会員ID番号	
	印	大正 昭和 平成	年	月	日	男 女	
住所	〒 -						
	TEL () FAX () 携帯 ()						
最終学歴		現在の仕事			現在有している資格		
		業種	職種	年数			
勤務先・団体	名称	フリガナ	勤続年数		P&A 賛助会員、 法人会員の有無	有 無	
	所在地	〒 -	年				
		TEL () FAX ()					
通信講座受講料		予防医学指導士 会員 5万円(税込)・一般 10万円 代替医療カウンセラー 5万円(税込)					
振込先		三井住友銀行 新宿西口支店 普通 8994969 口座名：特定非営利活動法人 予防医学代替医療振興協会					

協会記入欄		年	月	日
申込受理日		研修会申込日		
受講料入金日		研修費入金日		
テキスト発送日		研修日		
ご紹介者名		解答書提出日		
理事長		認定番号		
事務局長		認定書発送日		
備考 松山支部・沖縄・東北 担当：				