T-JET　登録申込書

＿＿＿＿＿＿支部　　メールアドレス：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　生年月日（西暦）：　　年　　月　　日

施術所名：＿＿＿＿＿＿＿＿　　連絡先(携帯番号)：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施術所住所：〒　　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

性別：　男性　・　女性　　会員種別：　会員　・　準会員　・　賛助会員　・　研修生

活動可能日：　月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日・日曜日・祝日

施術者賠償保険の加入について：　加入済　・　未加入

※ 未加入の場合、すぐに加入してください
　準会員・賛助会員の先生は院長に加入の有無を確認し、自身に適用されるかを確認ください

上級救命技能認定証について：　取得済　・　未取得

※ 未取得の方は、なるべく取得してください
　認定証の更新は各支部で行なっていますのでご確認ください

※T-JET メーリングリストに登録させていただきます

メールアドレスは判別しやすいようハッキリとご記入ください

事務局　ＦＡＸ：３８１５-１２５８