

# 2015年10月25日（日）WTS研修会 フェーズI 申込用紙

**日時** 9:30～16:30

**場所** 当治療院 （目黒区鷹番 3-3-12 スターアークGビル3F グリーンハウス）

## 確認事項

- 1 研修会中に生じた医療事故に対し、当社に対して訴訟を含め、一切の責任を問わないこと
- 2 申込書に故意に虚偽の記入をしないこと  
(所属団体に変更がある場合はご記入下さい)  
また、各項目は未記入にせず、無い場合は「なし」と記入すること。
- 3 研修会開催場所での器具・設備等に不用意に触れたり使ったり、損傷させないこと
- 4 録音のみ可能。写真・動画の撮影は不可。

以上4点を承諾の上での申し込みとします。

**申込受付** 2015年9月15日（火）朝8時から受付開始（10/10受付締切り）

この申込書にご記入の上、FAXにて送信してください（03-5722-5030）

受付が終わった方には3日以内にこちらからご連絡いたしますので、

1週間以内に指定口座にお振込みをお願いいたします。

入金されない場合、受講不可となりますのでご注意ください。

氏名(ふりがな)	(男・女)	生年月日	( 歳)
自宅住所 〒			
TEL	FAX		
携帯	Eメール		
勤務先名称			
勤務先住所 〒			
医療国家資格	所属団体		
初めて受講される方はご記入ください	今まで受講されたセミナー及び臨床で使われている技法		

# WTS 事前アンケート

2015 年 月 日

お名前

1. WTS を臨床で使用して、**効果**のあった症例をお書き下さい。  
どのような**方法**で治したのか？またその経過もお書き下さい。(テクニックの名前等)

2. WTS の研修会を受講されて**難しい**と思われた点、**質問**はございますか？

---

ご協力ありがとうございました (事前に FAX、メールで送付、又は当日ご持参下さい。)