２０１５年１１月８日(日) ＷＴＳ 研修会 フェーズⅡ 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 ﾋﾞﾙ 3F　ｸﾞﾘｰﾝﾊｳｽ）

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１０月６日（火）朝８時から受付開始（１０/２４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
※該当する方は丸をご記入下さい　飛行機割引（　　）　前泊割引（　　）	
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下さい	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

※飛行機割引と前泊割引の同時適応は不可となります。ご了承下さい。

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 を臨床で使用して、**効果のなかった症例**をお書き下さい。

３．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、又は当日ご持参下さい。）