

2015年11月29日(日) WTS 研修会 フェーズⅢ 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10月20日(火)朝8時から受付開始(11/14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。）