

トルクリリースセンタージャパン入会申込書 兼 セミナー申込書

オリキュロセラピーセンタージャパン入会申込書 兼 セミナー申込書

フリガナ (必須) \_\_\_\_\_

氏名 (漢字) (必須) \_\_\_\_\_

氏名 (ローマ字表記) (必須) \_\_\_\_\_

性別 (必須) ☐ 男 ・ ☐ 女

生年月日 (必須) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

郵便番号 (必須) 〒 \_\_\_\_\_

住所 (必須) \_\_\_\_\_

治療院名(会社名) \_\_\_\_\_

電話番号 (必須) \_\_\_\_\_ FAX 番号 (必須) \_\_\_\_\_

E-mail (お持ちの場合はお書き下さい)

所有資格 (会員資格を満たす資格、トルクの場合必須) \_\_\_\_\_

受講回数 (基礎から学ぶセミナーを含む) ☐ 初めて ☐ 2回目以上

- ・ セミナーを知ったきっかけは？ ☐ FaceBook ☐ ホームページ ☐ カイロジャーナル ☐ 手技療法 ☐ カイロタイムス  
☐ 紹介 紹介者名 1 名のみご記入下さい ( \_\_\_\_\_ )  
☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

参加希望セミナー(必須)Dr ホルダー来日セミナー

1. 沖縄 ☐ トルクリリース(11/28 土・11/29 日 9:00～17:00 2日間)  
2. 沖縄 ☐ ニューロオリキュロセラピー(11/30 月 9:00～16:30)  
3. 名古屋 ☐ トルクリリース(12/5 土 13:30～18:30・12/6 日 9:30～17:00 2日間)  
4. 名古屋 ☐ トルクリリースアドバンス (12/6 日 17:30～20:30)

オリキュロセラピーセンタージャパンへの入会を希望しますか？ ☐ 希望する ☐ 希望しない

ホルダー研究所 送信先 FAX 番号 044-933-4449