

筋整流法伝承会開催公認申請書

一般社団法人 筋整流法協会 御中

下記の通り、筋整流法公認伝承会を
開催致したく、公認を申請します。

申請日	年 月 日
申請者	
主催者	

伝承会区分	<input type="checkbox"/> 基本施術伝承会 <input type="checkbox"/> 診断施術伝承会 <input type="checkbox"/> 腱引き師伝承会		
伝承会名称		伝承会コード	
開催場所			
開催場所住所			
最少催行人数	名		
サポート腱引き師	名		

開催回数	開催日	開催時間	開催場所
<input type="checkbox"/> 第01回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第02回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第03回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第04回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第05回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第06回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第07回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第08回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第09回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第10回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第11回	年 月 日 ()	: ~ :	
<input type="checkbox"/> 第12回	年 月 日 ()	: ~ :	

主催者情報

道場名			
氏名		資格	
住所			
電話番号		E-Mail	

開催者情報

道場名			
氏名		資格	
住所			
電話番号		E-Mail	

伝承会問い合わせ先（HPに掲載）

<input type="checkbox"/> 主催者情報と同じ			<input type="checkbox"/> 開催者情報と同じ			<input type="checkbox"/> その他（下記にご記入ください）		
住所								
氏名								
電話番号		E-mail						

伝承会清算支払先

※初めて申請の方及び前回申請から変更がある場合はご記入ください

ゆうちょ	記号		番号		
	名義		(連絡先 TEL:)		
ゆうちょ以外	銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	名義		(連絡先 TEL:)		