

筋整流法地域伝承会実施報告書（１回開催分）

筋整流法本部		実施日	年 月 日			
代表 小口昭宣 殿		主催者			印	
下記の通り、筋整流法公認伝会を開催しましたので報告します。						
伝承会正式名称	伝承会		伝承会コード（４桁）			
伝承会実施日時	年 月 日 曜日 時 分～ 時 分					
開催指導施術師名			開催場所			
伝 承 会 区 分	☐ 基本施術伝承会 ☐ 基本上級施術伝承会 ☐ 診断施術伝承会 ☐ 腱引き師伝承会					
受 講 者	参加者人数	受講者名（フルネーム）		受講内容（受講コース）	回数（該当コース内）	
	名					
サポート腱引き師	参加者人数	腱引き師名（フルネーム）		会員証 チェック	腱引き師名（フルネーム） 会員証 チェック	
	名			☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
交 通 費 （指導施術師以上）	名前			単価	人数	合計
					名	
講 師 代	名前			単価	人数	合計
					名	
認 定 合 格 者 名						
◎連絡事項						

※受付名簿の写しを添付すること