

FAX:03-3209-5569 e-mail:masuda@toyoshinkyu.ac.jp

東洋鍼灸専門学校 植田 宛(卒業生開業施設マップ作成担当)

以下、6~20の記載内容を公開することに同意し、卒業生開業施設マップへの掲載を申し込みます。

御署名 \_\_\_\_\_

お申込者情報をご記入ください。

お申込者情報	1	お 名 前	
	2	ご卒業年度 / 学科	
	3	電 話 番 号	
	4	F A X 番 号	
	5	e メールアドレス	

以下、掲載情報のご記入をお願い致します。※ [★] の項目は必須項目です。

基本情報	6	開 業 施 設 名 [★]	
	7	院 長 名 [★] ※通称名でも可です	
	8	ご 住 所 [★]	〒
	9	最 寄 駅 ※最寄駅は2つ程度まで掲載可能です	線 駅
	10	お 電 話 番 号 [★]	
	11	e - m a i l ア ド レ ス	
	12	ホームページ(又はブログ)	http://
	13	診 療 時 間	
施術内容	14	休 診 日	
	15	業 種 [★]	
	16	出 張 治 療	有 ・ 無
17	コメント(100文字程度まで) ※アピールポイントがあれば ご記入ください。 治療法の特徴や得意分野, 施術対象者 (女性のみ, 等) ※記入内容によっては、 学校で修正することがございます。		
安心情報	18	国 家 資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
	19	登録保健所名とその確認年月 [★]	保健所 年 月 日
	20	鍼灸賠償責任保険への加入 [★]	加入 ・ 未加入

平成 27 年 7 月 29

