|  |
| --- |
| ＦＡＸ：０３－３２０９－５５６９　e-mail：watanabe@toyoshinkyu.ac.jp  東洋鍼灸専門学校　渡邊　宛（卒業生開業施設マップ作成担当） |
| 卒業生 開業施設マップ掲載申込書 |
| お申込者情報（この情報は掲載いたしません。先生へご連絡の際に利用致します）  1.お申込み日：２０１４年　　　月　　　日  2.お名前：　　　　　　　　　　　　　先生　（旧姓：　　　　　　）  3.ご卒業年度/学科：西暦　　　　　　　年度/　　　　　　　　　　　　　学科/　昼間部　・　夜間部  4.連絡先電話番号：　　　　　－　　　　　－　　　　（繋がりやすいお時間帯：　　　　　　　時頃）  5.FAX番号：　　　　　－　　　　　－  6.eメールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 掲載情報（以下、７～２１の記載内容を公開することに同意したうえでお申込みください。）  ※**［★］**の項目は必須項目です。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **基 本 情 報** | 7 | 開業施設名**［★］** |  | | 8 | 院長名**［★］**  ※通称名でも可です |  | | 9 | ご住所**［★］** | 〒 | | 10 | 最寄駅  ※最寄駅は２つ程度までご記入いただけます。 | 線　　　　　　駅 | | 11 | お電話番号**［★］** |  | | 12 | e-mailアドレス |  | | 13 | ホームページ(又はブログ) | http:// | | 14 | 診療時間 |  | | 15 | 休診日 |  | | **施 術 内 容** | 16 | 業種**［★］** |  | | 17 | 出張治療 | 有　・　無 | | 18 | 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** | 19 | 国家資格取得年月日 | 年　　　月　　　日 | | 20 | 登録保健所名とその確認年月**［★］** | 保健所  年　　　月　　　日 | | 21 | 鍼灸賠償責任保険への加入**［★］** | 加入　・　未加入 | |

201209