

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 : 年 月 日
2. お名前 :
3. ご卒業年度/学科 : 西暦 年度/学科 : / 学部 :
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。	
	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)	
	14	診療時間	
	15	休診日	
	施術内容	16	業種 【★】
17		出張治療	有 ・ 無

	18	<p>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。</p> <p>治療法の特徴や得意分野，施術対象者 （女性のみ、等）</p> <p>※記入内容によっては、学校で修正することがございます。</p>	
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 [★]	保険医療課 年 月 日
	21	鍼灸賠償責任保険への加入 [★]	加入 ・ 未加入