学校法人森島学園　専門学校浜松医療学院　附帯教育事業
健康美容鍼灸講座　受講申込書

入金日	※
受付日	※
受付番号	※

今年度の健康美容鍼灸講座に申込みしたく本書面を提出いたします。

【記入上の注意】
ボールペンなど黒色のインクを用い本人の直筆で記入。フリクションなどの消えるインクの使用不可。※印の欄は記入しないでください。

フ リ ガ ナ		学籍番号
氏名		
ロ ー マ 字	（修了書に記載します。）	所属学科　該当に☑ □鍼灸　□柔整　□ＡＴ

免許証番号 免許所持者のみ免許番号を記入ください。	は り 師 ☞		取得年	年取得
	きゅう師 ☞			年取得
	医　　師 ☞			年取得

受講動機を記入ください（200 字程度）。

50
100
150
200

健康美容鍼灸講座受講に関する同意書

学 校 法 人 森 島 学 園
専門学校浜松医療学院
遠 藤　　進　　学 院 長

私は、専門学校浜松医療学院附帯教育事業健康美容鍼灸講座の受講にあたり、下記の内容に同意します。

記

１．申込書記載内容に虚偽の記載がある等の受講資格喪失に値する事実が判明した場合、貴校の如何なる決定についても異議なく承諾し従います。
２．私の施術行為に基づく事故に関する相手方から私への賠償請求があった場合、本学院で加入している保険の補償範囲を超える分について、相手方への賠償責任は私個人が負うものとし、貴校に一切の損害を与えません。

以上

年　　月　　日（　　）学籍番号：＿＿＿＿＿＿　　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

学院長	教務部長	事務長	学科長
※	※	※	※