【2025 年 福井県　気候療法士インストラクター資格講習会】

参加申込書

申込日：　　年　　月　　日
ご氏名：　　**性　　別：** **●漢　　字：**　　**生年月日：西暦　　年　　月　　日** **●ローマ字：** **（ご紹介者：　　）**※ご紹介者がいらっしゃる場合は、ご記入ください。
ご所属： **ご役職:**
ご連絡先：　ご自宅　・　勤務先　※いずれかを〇で囲んでください。 **郵便番号：** **住　　所：** **電話番号：** ※郵送物をお送りさせて頂くことがございます。ご連絡先が勤務先の場合は、勤務先名と合わせて、部署等もご記入いただきますよう、お願い申し上げます。
メールアドレス： ※ご記入頂きましたメールアドレスへご案内をお送りさせて頂きます。
気候療法士リーダー・インストラクター　取得の有無：　※いずれかを〇で囲んでください。 **気候療法士リーダーの資格　有　・　無** **気候療法士インストラクターの資格　有　・　無**
参加内容: 参加をご希望される番号に〇を記してください。 **[　　] タイプ①:「気候療法士インストラクター資格講習会」** **[　　] タイプ②:「気候療法士インストラクター資格講習会」 及び 「認定試験」** ---------- **[　　] タイプ③:既に気候療法の資格取得者で 「気候療法士インストラクター資格講習会」 受講希望** **→ 保有資格を〇で囲んでください。　（ 気候療法士リーダー　・　気候療法士インストラクター ）**

一般社団法人健康保養地医学研究機構　担当:大津

TEL:03-5623-5874　FAX:03-5623-5871　Email:info@hrmed.jp