

「はり・きゅう出前治療体験」申込みカード(送信票不要)

校名	高等（中等教育）学校		
連絡先	TEL：	※複数の部活動で申込み場合は代表者名をご記入下さい。	
	FAX：	担当教員氏名：	
部活動名	※複数の部活動で申込み場合は全ての部活動名をご記入下さい。		
希望日 (※土日可)	第1希望：	/ ()	第2希望： / () 第3希望： / ()

治療体験希望者氏名	性別	学年等	備考（症状等）
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	
	男・女	1・2・3・教員	

※足りない場合はコピーしてご使用ください。