

日本アーユルヴェーダ学会 初級認定試験受験申込書

| | | |
|--|-------------|------------------------|
| ふりがな | 性別 | 写真を貼る位置 サイズ 30×24mm |
| 氏名 | 男・女 | |
| 生年月日 | 年 月 日 () 歳 | |
| 現住所 〒 | | |
| 電話番号 | | |
| E-mail | | |
| 職業 | | |
| 資格・免許 <input type="checkbox"/> アーユルヴェーダ医師 <input type="checkbox"/> 日本の医師 <input type="checkbox"/> 日本の歯科医師 <input type="checkbox"/> 日本の獣医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 鍼灸マッサージ師 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> ヨーガセラピスト <input type="checkbox"/> ヨーガ教師 <input type="checkbox"/> エステティシャン | | |
| ※該当するものすべてに☑をつけてください。 | | |

※裏面に、当学会入会金・年会費・初級認定試験受験料の合計金額18,000円を入金したことを証明できるもの（領収証など）を添付してください（コピー可）。 ※
合否はメールでお知らせいたします。認定証交付をご希望の方は、別途認定料10,000円で申し受けます。