

(一社) 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 〒		
※現住所が認定証の送付先となります。(希望者のみ)		
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)を貼付してください(コピー可)。

※合否はメールでお知らせいたします。認定証交付を希望の方は、別途認定料10,000円で申し受けます。