

主 催:NPO(特定非営利活動)法人日本カイロプラクティック機構(JCO)

共 催:米国財団法人 野口医学研究所

### 第8回ハワイ大学医学部人体解剖実習短期留学

〔参加申込書〕 FAX:052-203-4970

郵送:名古屋市中区錦二丁目18番33号 SKビル2階

参加者氏名 会員・非会員 紹介者氏名 ( )	ふりがな		性別
	漢字		男・女
	生年月日:19 年 月 日生 満 才		
	パスポート記載 ローマ字	姓	名
パスポートNO.		有効期限: 年 月 日	
出発地 今回は全員成田国際空港からの出国、帰国になります			
※ビジネスクラス希望・※一人部屋希望 実費差額あり※⇒○で囲んで下さい			
現住所		TEL( )	—
		FAX( )	—
		携帯( )	—
勤務先名		TEL( )	—
勤務先住所			
渡航中の 緊急連絡先		お名前	続柄
		連絡先電話番号 TEL( ) —	
同伴者		あり・なし ※ありの場合は下記にご記入下さい	
同伴者氏名	ふりがな		性別
	漢字		男・女
	パスポート記載 のローマ字		
	姓	名	
パスポートNo.		有効期限: 年 月 日	
現住所		TEL( )	—
		FAX( )	—
		携帯( )	—
参加者との関係			

NPO 法人 日本カイロプラクティック機構 理事長 村井 正典 様

私は JCO 主催、共催:野口医学研究所のハワイ大学医学部人体解剖実習短期留学に  
申し込みます。参加するにあたり、団体行動・時間厳守等、他の参加者に迷惑をかける様な  
行動を絶対にしない事を誓います。 平成24年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)