

JSCI 認定 タクティール®ケア I セラピスト ライセンス取得講座申込書

受講希望日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

①申請者氏名 (漢字)	
(ふりがな)	
②所属法人名	
③TC I 認定 No.	第 _____ H _____ 号
④認定資格有効期限	_____ 年 _____ 月 _____ 日
⑤申請者住所 (JSCIからの連絡先として登録します)	〒 _____
電話番号 (必須)	
FAX 番号	
E-mail (必須)	
⑥直近の TC I フォロアップ参加状況 ※ライセンス取得講座の受講前6ヶ月以内に最低1回参加必須です	<p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 会場：_____に参加済み</p> <p>又は、今後の参加予定</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 会場：_____に参加予定</p>
⑦開業予定地	住所 電話番号
施設 or 店舗名	
業務内容	
URL	
⑧現在のタクティール®ケア活用状況	

※申込書受領後、受講料の納付書及び受講票を送付いたします。

FAX 送信先： 03-5159-6656

JSCI/日本スウェーデン福祉研究所