参 加 申 込 書 （FAX･郵送用）

フリガナ		No.	
氏　名			
生年月日	年　月　日（満　歳）	性　別	男 ・ 女
住　所	〒　－　都道府県		
ＴＥＬ	－　－	ＦＡＸ	－　－
	↓ 申込完了のご連絡をさせて頂きますので、できるだけ FAX 及び Eメール をご記入ください。 ↑		
Eメール	@		
保有資格	※ 受講資格の定められているイベントの場合は、証明書のコピーを添えてお申し込みください。		
単位申請	□健康運動指導士　□健康運動実践指導者　登録番号（　）		
	□NSCA-CPT（　年取得）　□CSCS（　年取得）　会員番号（　）		
勤 務 先 （ 学　校 ）		部署・職種 （ 学　部 ）	
参加される イベント			
参 加 日	平成　年　月　日　※複数の日程で行われる場合は開催初日の日付を記入		
会員種別	□ 一般　□ 一般学生　□ 法人会員　□ 学生会員　□ 資格認定会員		
備　考	※ 複数でお申し込みの場合は、氏名及び職種、単位申請に必要な情報をご記入ください。		

MFAメールマガジン（月1回配信）の配信を希望する場合はご記入ください。

配信申込（いずれかを選択）	□ パソコン版メールマガジン　□ 携帯版メルマガ
配信先 E-MAIL （配信先が上記と異なる場合は記入）	@

※ご記入頂きました個人情報は、当協会で管理し上記に関するご連絡にのみ使用いたします。

社団法人
メディカル・フィットネス協会

〒５３２－００１１　大阪市淀川区西中島５－６－１３ 新大阪御幸ビル２Ｆ
ＴＥＬ：０６－６１０１－２３２２　　ＦＡＸ：０６－６１０１－０６６５
E-MAIL：ｍｆａ@ｍｆａ.ｏｒ.ｊｐ　　ＨＰ：ｈｔｔｐ://ｗｗｗ.ｍｆａ.ｏｒ.ｊｐ