一般社団法人日本未病学会認定未病専門指導師制度　様式第１号

認　定　申　請　書

一般社団法人日本未病学会
理事長　吉田　博　　殿

日本未病学会認定未病専門指導師の認定を受けたく、審査料を添えて申請いたします。

西暦　　年　　月　　日

会員番号（8 桁）			
カ　ナ			
氏　名	印		
免許証登録番号	第　　号	登録年月日	（西暦）　　年　　月　　日
所 属 名			
所属住所	〒　　－ 都 道　　郡 市 府 県　　区		
所属電話	―　　―	（内線　　）	
所属 FAX	―　　―		
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	＠		

【推薦書】　＊推薦者がいない場合は、事務局宛てにメールでご連絡ください。

私は、上記の者を日本未病学会未病専門指導師の認定適任者として推薦致します。

推薦者の認定種別:□未病医学認定医　　□未病専門指導師　（西暦）　　年　　月　　日

推薦者の認定番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【事務局使用欄】

受付№	書類受付日	審査料納入日	合否	備　　考