日本フットケア・足病医学会九州・沖縄地方会

実技マニュアル作成委員会　御中

**フットケアマニュアル使用申請書**

申請者　住所

所属名　　　　　　　　　　　　　印

担当者名

電話

Email

日本フットケア・足病医学会九州・沖縄地方会内実技マニュアル作成委員会が作成された、スタンダードフットケアマニュアル使用に関して許可いただけるよう申請します。使用に際しては、貴会の主体性、品位を犯さないように配慮し、下記の使用目的以外には使用しないことを誓約致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 利用機関  または団体名称 |  |
| 活動概要 |  |
| 申請理由  （利用目的） |  |
| 使用方法 | ※使用箇所・図案のデータを併せて提出 |
| 使用期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 本件に関する管理者または責任者の連絡先 | 氏名：  日本フットケア・足病医学会会員番号：  所属先：  Email：　　　　　　　　　　　　　　　TEL ： |
| 備考 |  |