

# JCR（日本カイロプラクティック登録機構）試験ワークショップ

## 受験希望者アンケート

氏名（フリガナ）	
住所	
電話番号	
E メールアドレス	
卒業学校	
卒業年	
コース *右からひとつお選びください	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 4年～5年制フルプログラム</li><li>・ CSC（標準化）コース</li><li>・ その他</li></ul>
JCR 試験の受験を検討していますか？（下からひとつお選びください） ・ はい            ・ いいえ            ・ 分からない	
他に JCR 試験に関して知りたい情報がありましたらお知らせください。	
今後、JCR（日本カイロプラクティック登録機構）からの連絡を希望しますか？ ・ はい            ・ いいえ	
「はい」と回答した方へは、JCR から試験についての情報をメールもしくは郵送で送らせて頂きます。	

○ アンケートのご回答ありがとうございました。

○ アンケートの内容につきましては JCR 事務局で管理させて頂きますが、外部には一切公表致しません。