様式５

（臨床）実習施設承諾書

貴養成施設のあんまマッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係る学校養成施設認定規則・柔道整復師学校養成施設指定規則に規定する（臨床）実習施設として、

を使用することを承諾します。

　　年　　月　　日

養成施設名　学校法人滋慶学園　東京メディカル・スポーツ専門学校

（代表者）氏名　関口　正雄　　殿

（臨床）実習施設名

（代表者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　代表者印