**送信先　日本東洋医学会　事務局　御中　　FAX　０３－５７３３－５０７８**

**送信元　施設名**

**施設長**

**担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　e-mail**

**Q1:　外国人の研修を受け入れるご意向はありますか？** 　・ 有り　　　・ 無し

（今後受け入れるご意向があれば有りに○をお願いします。）

**【有りの場合（いずれかに○をお願いします）】**　・ 検討中／・ 研修を受け入れ予定もしくは実績がある。

受け入れ可能人数

内容（国名、日数など）

貴施設で可能な研修内容（外来陪席、入院患者併診、実技指導、その他の研修など）

費用

受け入れ期間（数時間/日、日数、相手の希望との相談など）

修了証発行の有無

その他

以降の質問は、Q1で「有り」を選んだ方のみご回答下さい。

**Q2:** **貴施設で行える研修は、漢方、鍼灸、あんま・マッサージ・指圧の研修のいずれか一つ、または、複数ですか？**

**Q3:　受け入れ課題、クリアすべき問題はありますか？優先順位の高い順にお書きください。**

**Q4:　貴施設の中で、外国人におすすめの研修内容／施設・場所　等がございましたらお書きください。**

**Q5:　対応できる言語をお書きください。**

ご協力ありがとうございました。