



Union Française des Praticiens de Médecine Traditionnelle Japonaise

U.F.P.M.T.J.
14, rue Bausset – 75015 Paris
www.ufpmtj.net – contact@ufpmtj.net

BULLETIN DE CANDIDATURE

ADHESION ETUDIANT

NOM

PRENOM

Vos coordonnées personnelles (obligatoire) :

ADRESSE POSTALE

CODE POSTAL

VILLE

PAYS France -

Tel. fixe

Tel. Portable

ADRESSE MAIL

@

Date de Naissance

Lieu de naissance

Profession

<i>Votre formation / les disciplines étudiées :</i>		
Disciplines étudiées (cochez la case)	Ecole de formation	Nombre d'année d'étude
<input type="checkbox"/> Shiatsu japonais		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acupuncture japonaise		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Moxibustion japonaise		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Shonishin		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seitai		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/>

Formation générale

Diplômes ou certificats obtenus :

-

-

-

Formations complémentaires en médecine orientale

Diplômes ou certificats obtenus :

-

-

-

Langues étrangères

Merci d'indiquer le niveau de compétence (lu, écrit, parlé)

-

-

-

-

Je, soussigné _____, sollicite mon adhésion à l'UFPMTJ et je joins à cette demande :

- ce dossier d'inscription entièrement rempli (3 pages)
- le règlement de votre cotisation (60€) par chèque à l'ordre de UFPMTJ

Merci d'adresser ce dossier complet à : UFPMTJ/adhésion – 14, rue Bausset - 75015 Paris – France
Seuls les dossiers complets seront examinés. La commission d'admission examinera votre dossier et vous adressera sa réponse dans un délai de 30 jours.

Date : / /

Signature obligatoire :