

上級講習会、及び受講資格試験

申込書

申込期間

上級講習会 2016年9月12日（月）から9月19日（月）の間に協会事務局へ必着

日本医療リンパドレナージ協会

事務局使用欄

太枠内をすべて記入（※ない場合は、"ナシ"と記入）

ふりがな 氏名	生年月日（西暦） 年 月 日			性別 男・女
住所	〒 都道府県			
連絡先 申込みに関する件で事務局から連絡する場合がありますので、必ず一か所以上記入して下さい。	自宅電話	TEL - - (FAX - - -)	携帯電話	- -
	携帯電話 メール※	@		
	自宅パソコン メール※	@		
※ドメイン拒否設定をされている方は、協会ドメイン（***@mlaj.jp）からのメールを受け取れるように設定をお願いします。				
ふりがな 勤務先 正式名称を記入				
所属	(病院勤務の方は、診療科等を記入してください)		勤務先 電話	TEL - - (FAX - - -)
所在地	〒 都道府県			
修了証 番号	(養成講習会修了証に記載されている番号を記入してください *不明な方は生年月日を記入してください) M L A J -			

スキルアップ講習会 受講記録

区分番号	講習会名	参加年月日
SU-		年 月 日

注意事項

- 上記申込期間内に、事務局まで必着で郵送してください。
- 電話、FAX、電子メールでのお申し込みはできません。
- 申し込みには、この申込書の他、職務経歴書、志望理由書、写真1枚が必要です。（P11参照）
- 講習会の受講権利を、他の方に譲渡することはできません。
- 試験内容、試験結果についてのお問い合わせには、一切お答えできません。
- 上級講習会は授業の振り替えなどができませんので、日程を十分ご確認の上、お申し込みください。