

# 医療リンパドレナージセラピスト 養成講習会（初級・中級講習会）

## 受講申込書

日本医療リンパドレナージ協会

事務局使用欄

**申込期間** 前期 2016年2月27日（土）から3月14日（月）の間に協会事務局へ必着  
後期 2016年8月20日（土）から9月 8日（木）の間に協会事務局へ必着

**申込欄** 受講を希望する会場に○印をつけてください。

|        |                                    |      |      |      |
|--------|------------------------------------|------|------|------|
| 前<br>期 | 第一希望                               | 横浜-A | 横浜-B | 京都-C |
|        | 第二希望                               | 横浜-A | 横浜-B | 京都-C |
|        | いずれの会場でも受講可能の場合は、右の「可」に○印をつけてください。 |      |      |      |

|        |                                    |      |      |
|--------|------------------------------------|------|------|
| 後<br>期 | 第一希望                               | 横浜-D | 横浜-E |
|        | 第二希望                               | 横浜-D | 横浜-E |
|        | いずれの会場でも受講可能の場合は、右の「可」に○印をつけてください。 |      | 可    |

太枠内をすべて記入（※ない場合は、「ナシ」と記入）

|   |   |                       |             |            |                       |
|---|---|-----------------------|-------------|------------|-----------------------|
| ふりがな  |   |                       |             | 生年月日（西暦）   | 性別                    |
| 氏名  |   |                       |             | 年 月 日      | 男・女                   |
| 住所  | 〒 都道府県  |                       |             |            |                       |
| 連絡先<br><small>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。</small> | 自宅電話  | TEL - -<br>(FAX - - ) | 携帯電話        | - -        |                       |
|   | 携帯電話  | @                     |             |            |                       |
|   | 自宅パソコン  | @                     |             |            |                       |
|   | <small>※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。</small>       |                       |             |            |                       |
| 医療資格  | （保有する国家資格に、○印をつけてください）<br>医師・正看護師・理学療法士・作業療法士・あん摩マッサージ指圧師                           |                       |             |            |                       |
| 学生の方  | 取得予定の<br>国家資格   |                       | 申込時の<br>学 年 | 年生         |                       |
| 勤務先<br><small>正式名称を記入</small>                                     | （学生の方は、学校名・学部・学科を記入してください）  |                       |             |            |                       |
| 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<br>電 話 | TEL - -<br>(FAX - - ) |
|   | 所在地<br>〒 都道府県   |                       |             |            |                       |
| 養成講習会をどちらでお知りになりましたか。   | a. ご同僚からの紹介 b. 当協会から施設宛に送付したパンフレット等を見て c. 当協会のホームページ<br>d. 当協会以外のホームページや雑誌を見て（名称： ） |                       |             |            |                       |

- 注意事項**
1. 初級講習会と、中級講習会の会場を替えてのお申し込みはできません。
  2. 電話、FAXでのお申し込みはできません。
  3. 申し込み受付期間内に、必ず到着するように投函ください。期間外に到着した書類は無効です。
  4. 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。
  5. 提出された申込書、志願理由書、履歴証明、資格証明、身分証明等の個人情報は、講習会、及び当協会で行われる他の講習会、学会等のご連絡、ご案内に使用する場合があります。