

受講申込書

申込欄

第一希望	横浜 A
第二希望	横浜 B
いずれの会場も可の場合は「可」を記入	可

太枠内をすべて記入（※ない場合は、「ナシ」と記入）

ふりがな	りんぱ はなこ			生年月日（西暦）		性別
氏名	琳派 花子			1988 年 11 月 11 日		女
住所	〒231-0033 神奈川県横浜市中区長者町 5-85 明治安田生命ラジオ日本ビル 4F					
連絡先	自宅電話	TEL	045-325-9891	携帯電話	090-×××-××××	
		FAX	045-325-9892			
	携帯メール※	***@*****				
	PC メール※	info@mlaj.jp				
※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。						
医療資格	医師					
学生の方	取得予定の 国家資格			申込時の 学 年		
ふりがな	りんぱどれなーじびょういん					
勤務先 (正式名称)	リンパドレナージ病院					
所 属 (診療科等)	リンパ浮腫外来	勤務先	TEL	045-325-9891		
		電 話	FAX	045-325-9892		
所在地	〒231-0033 神奈川県横浜市中区長者町 5-85 明治安田生命ラジオ日本ビル 4F					

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、電子メール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、ご案内に使用することがあります。学会等のご連絡、ご案内に使用することがあります。

志 望 理 由 書

氏名	琳派 花子
----	-------

以下に、志望理由を記入してください。（最大 1000 文字）

私が、御協会の養成講習会を希望した理由は*****

