

医療リンパドレナージセラピスト養成講習会

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 2018年3月16日(金)から3月30日(金)の間に協会事務局へ必着
後期 2018年8月31日(金)から9月14日(金)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。

講習会	前期				後期			
医療リンパドレナージ セラピスト 養成講習会	第一希望	東京-A	京都-B	どちらの 会場でも可	第一希望	東京-C	東京-D	どちらの 会場でも可
	第二希望	東京-A	京都-B		第二希望	東京-C	東京-D	

太枠内をすべて記入（※ない場合は、“ナシ”と記入）

フリガナ				生年月日(西暦)	性別
氏名				年 月 日	男・女
住所	〒 都道府県				
連絡先 <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 - - (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。				
医療資格	（保有する国家資格に、○印をつけてください） 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 国家資格		申込時の 学 年	年生	
フリガナ					
勤務先 <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 電 話	TEL - - (FAX - -)
	〒 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 d.当協会以外のホームページや雑誌を見て（名称：）				
備考欄	（必要であれば、事務局へのメッセージにお使いください）				

- 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、ご案内に使用することがあります。

志望理由書

氏 名

以下に、志望理由を記入してください。(最大 1000 文字)