

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 2019年4月5日(金)から4月19日(金)の間に協会事務局へ必着
後期 2019年8月30日(金)から9月13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 申込期間 4月5日～4月19日			後期 申込期間 8月30日～9月13日				
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	東京-F	第一希望	東京-C	東京-D	横須賀-E
	第二希望	東京-A	京都-B	東京-F	第二希望	東京-C	東京-D	横須賀-E

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 （※注意事項6.）	取得予定の 国家資格 取得予定日	（ 年 月 日 ）		申込時の 学 年	年生
フリガナ					
勤務先 正式名称を記入	（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 - -)
所在地	〒 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、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、ご案内に使用される場合があります。
 6. 受講時に国家資格を取得した場合は、一般の受講料となります。

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)