



特定非営利活動法人  
日本医療リンパドレナージ協会

理事長 新井 恒紀 殿

※本書面の本人記入欄の記入後、学校へ提出して下さい。

提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※本人が協会へ書類を送付する日付を記入

証明者 ※学校側記入欄

所在地	.....
学校名	.....
学校長名	..... (印)

## 推 薦 書

以下の学生について、貴協会講習会への参加を推薦いたします。

本人記入欄	受講資格	<input type="checkbox"/>	医科大学医学部 ( ) 年生	<input type="checkbox"/>	作業療法士学校 ( ) 年生
	該当欄に○を、 ( )に学年を 記入して下さい。	<input type="checkbox"/>	看護学校 ( ) 年生	<input type="checkbox"/>	あんまマッサージ指圧師学校 ( ) 年生
		<input type="checkbox"/>	理学療法士学校 ( ) 年生		
	フリガナ	.....			
	氏 名	.....			
	生年月日	西暦	年	月	日生 ( 歳)

## 履 修 証 明 書

学校側記入欄	学 業	<p>※学校側記入欄</p> <p>上記、 _____ は、当校に於いて 既に解剖学・生理学について 履修済みであることを証明致します。</p> <p>(西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日証明発行)</p>
	特記事項	<p>※学校側記入欄</p>