リンパ浮腫研修 修了者対象

実技講習会

受講申込書

申込期間　2025年1月17日（金）から1月31日（金）の間に協会事務局へ必着

太枠内をすべて記入

フリガナ			生年月日（西暦）	性別
氏名			年　月　日	男・女
住所	〒			
連絡先 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。	自宅電話		携帯電話	
	第一連絡先ﾒｰﾙ※			
	第二連絡先ﾒｰﾙ※			
	※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、〇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			
リンパ浮腫研修 修了証番号				
フリガナ				
勤務先 （正式名称）				
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	
所在地	〒			
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				

注意事項
1.電話、FAXでのお申し込みはできません。
2.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。
3.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。
4.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。

リンパ浮腫研修 修了者対象

実技講習会

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）	