

# 受講申込書

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	申込期間	前期 3月8日～3月25日			後期 8月16日～8月30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	神奈川-C	東京-D	東京-E
	第二希望	東京-A	京都-B	神奈川-C	東京-D	東京-E

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 <small>申込に関する 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		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、○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 卒業学校名 ( )			
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)	(学生の方は、学校名・学部・学科を記入してください)			
所 属 (診療科等)		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. 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. 初級講習会と、中級講習会の会場 (コース) 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)