

# 実技講習会

## 受講申込書

申込期間 2026年1月16日（金）から1月30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、○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. 上司・同僚・友人等の勧め 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. 公式LINE e. ハローワーク教育訓練講座案内 f. その他( )			
備考欄				

### 注意事項

- 電話、FAXでのお申し込みはできません。
- 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。
- 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。
- 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。

# 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）