

実技講習会

受講申込書

申込期間 2027年1月22日（金）から2月5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 <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 | | 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

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、ご案内に使用することがあります。

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) | |
| | |