

医療リンパドレナージセラピスト養成講習会

受講申込書

申込欄 受講希望に○印をつけてください。

講習会	申込期間	前期 3月20日～4月3日		後期 8月26日～9月9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	東京-B	東京-C	東京-D
	第二希望	東京-A	東京-B	東京-C	東京-D

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 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. 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

- 初級講習会と、中級講習会の期を替えてのお申し込みはできません。
- 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。
- 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。

医療リンパドレナージセラピスト養成講習会

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)