

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 <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. 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. 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。
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)	