

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 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

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、ご案内に使用場合があります。
5. 受講するうえで協会が配慮することがあれば、備考欄にご記入ください。

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)	