受 講 申 込 書

申込欄　受講希望に〇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	第一希望	東京-A	東京-B	東京-C	東京-D
セラピスト養成講習会	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、〇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。
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。
7. 受講するうえで当協会が配慮することがあれば、備考欄にご記入ください。

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）	