

リンパ浮腫指導技能者養成講座 受講申込書

写真貼付
縦：36～40mm
横：24～30mm

年 月 日

受講時期	_____年度 春期 ・ 秋期		
	※ 定員超の場合の希望（○印をおつけください）： 1. 「キャンセル待ち」を希望する 2. 「_____年度 春期 ・ 秋期」を希望する		
ふりがな 氏名（必須）	(印)		
生年月日（必須）	西暦	年	月 日（ 歳）
性別（必須）	男	女	
住所（必須）	〒	都道府県	市町村区
連絡先	自宅電話	(必須)	なし
	携帯電話	(必須)	なし
	メールアドレス	(必須)	なし
	Fax		
	その他(勤務先など)		
資格（必須）			
ふりがな 勤務先（必須）	有（ ） ・ 無		
所属領域	(勤務先有の場合必須)		
所在地	(勤務先有の場合必須)	〒	都道府県 市町村区

<本講座を受講するきっかけとなった情報源を教えてください（複数可）>

- | | | |
|-----------------|----------------------|-----------|
| 1. 本協会ホームページ | 2. 学会・講習会等 | 3. 卒業生の推薦 |
| 4. 医療施設向案内状（DM） | 5. 医療機器メーカーなどの担当者の推薦 | |
| 6. 新聞、テレビなど | 7. その他（ ） | |

※ 必要事項をご記入の上、「リンパ浮腫指導技能者養成協会」事務局までお送り下さい。
お申し込みは「郵送のみ」の受付と致します。

※ ご提出いただいた個人情報本講座に関わる目的のみに使用します。