

講座申込書

一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会

お申し込みの講座をご記入下さい						
コース選択	<input type="checkbox"/>	全コース受講	<input type="checkbox"/>	I + II 受講	<input type="checkbox"/>	II + III 受講
	<input type="checkbox"/>	I のみ受講	<input type="checkbox"/>	II のみ受講	<input type="checkbox"/>	III のみ受講
ふりがな お名前						
生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)					
住所	〒					
電話番号/ 携帯番号	/					
メールアドレス						
勤務先名						
お持ちの国家資格名 資格取得年月						
職能団体による認定や専門 資格をお持ちの場合記載						
新リンパ浮腫研修受講済みの 場合、取得年月を記載						
受付返信先のご希望 FAX・電話・メール						

* ご返信先は、FAX・パソコンや携帯のメールアドレスなどをご記入いただくようお願い致します。
なお、携帯キャリアメールは受信拒否設定をされており、不達となるケースが多いので
yahooやGmailなどのアドレスをお持ちでしたら、そちらをご記入ください。
お電話の場合は連絡のつきやすい番号を記入してください。

FAX 092 - 292 - 9400