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	◯	**全コース**受講 給付金申請　**する**			◯	**全コース**受講 給付金申請　**しない**				
	□	Ⅰ＋Ⅱ 受講	□	Ⅱ＋Ⅲ 受講	□	Ⅰのみ 受講	□	Ⅱのみ 受講	□	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										
リンパ浮腫研修 E-LEARN 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