

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 ※ 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. 修了生の推薦 |
| 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」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は本講座に関わる目的のみに使用します。