

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	
ふりがな 氏名 (必須)	(印)	
生年月日 (必須)	西暦	年 月 日
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)
	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)		
所属 (必須)		
所在地 (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。>

- | | | |
|------------------|--------------------|-----------|
| 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施設担当員 | |
| 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。
- ※ 後日勤務の在籍証明書を提出していただきます。
- ※ 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。