

宛先：(一財)ヘルスケア社会医療研究所 中国医学実践講座事務局

中国医学実践講座 申込用紙 FAX・郵送用

21 f

講座のお申込をされる前に必ず、「講座案内」をご確認ください
お申込された時点で講座案内に記載されている内容に同意したものとみなします

**① 受講を希望するコース名を○で囲んで下さい**DVD 講義
中医学初級講座DVD 講義
中医学中級講座Zoom講義
中医学上級講座YouTube講義
中医薬膳講座**② 受講生の情報をご記入下さい**

※がついている項目は必須項目です 必ずご記入下さい

※ 氏名	フリガナ	男 女	※国 籍:
			※生年月日 西暦 年 月 日
※ 住所	〒	都 道 府 県	市 区 町 村
	※電話番号	— —	日中連絡先 — —
	※メールアドレス	@	
職業			
勤務先 学校名	勤務先名	部署名	
	学校名	学 年	
※ 最終学歴	〒	所在地	
	学校名	電話番号 — —	
	学士	修士	博士
			年 月卒業

- ※ パスポートをお持ちの方は写真があるページのコピーを添付してください
※ 学生割引をうける方は、学生証のコピーまたは在学証明書を添付してください