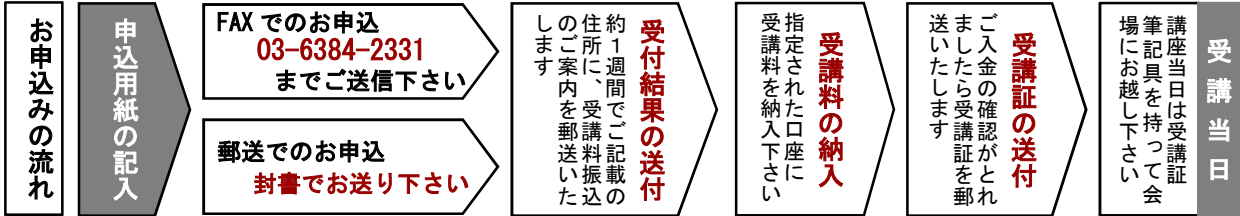


宛先：(一財)ヘルスケア社会医療研究所 中国医学実践講座事務局

# 中国医学実践講座 申込用紙 FAX・郵送用

20s

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

講座名	中医学初級講座	コース名： <b>水曜(夜)</b> ・ <b>土曜集中</b>
	中医学中級講座	コース名： <b>日曜集中</b>

## 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		薬剤師免許番号	
勤務先 学校名	勤務先名 学校名	部署名 学 年	
	〒 所在地	電話番号 — —	
※ 最終学歴	学校名	<b>学士</b> <b>修士</b> <b>博士</b>	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
- ※ (公財)日本薬剤師研修センターの研修シールご希望の方は薬剤師免許番号をご記入ください

中国医学実践講座事務局  
〒160-0008  
東京都新宿区四谷三栄町 14-1 三栄星野ビル 4F  
FAX: 03-6384-2331  
MAIL: chuigaku@vesta.ocn.ne.jp

ご記入ありがとうございました  
FAX または郵送でお申込ください