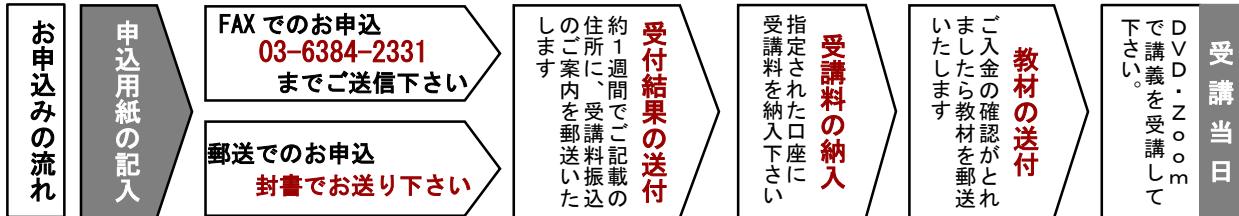


宛先：(一財)ヘルスケア社会医療研究所 中国医学実践講座事務局

中医 薬膳講座 申込用紙 FAX・郵送用

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**

2022年3月開催 Zoom 講義
中医薬膳講座

DVD 講義
中医学初級講座

DVD 講義
中医学中級講座

YouTube 講義
中医学上級講座

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 村 区 町		
	※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 学校名	部署名 学 年	
	〒 所在地 電話番号 - -		
※ 最終学歴	学校名		
	<input type="radio"/> 学士 <input type="radio"/> 修士 <input type="radio"/> 博士		年 月卒業
※ リポート 割引	リポート割引をご希望の方は過去に「中医薬膳講座」を受講した際の受講番号をご記入ください。 受講番号が不明の場合は受講した年をご記入してください。		
	過去に受講した中医薬膳講座の受講番号	<input type="text"/>	受講年 <input type="text"/> 年
	国際中医師資格をお持ちの方はチェック✓を記入してください <input type="checkbox"/>		

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

TEL: 03-6384-2330 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・郵送・メール添付でお申込
ください