

実技実習コース

受講申込書

2019年5月25日(土)～9月9日(月)

写真添付

縦：36～40mm

横：24～30mm

申込日：平成 年 月 日 (太枠内は全てご記入ください)

フリガナ		生年月日	
氏名 (印)		〔 昭和 〕 年 月 日 〔 平成 〕	
自宅住所		〒 _____	
連絡先 受講確定後はメールでのやり取りとなります。必ずご記入ください。	自宅電話	- -	※連絡のつく時間帯(時～ 時)
	携帯電話	- -	※連絡のつく時間帯(時～ 時)
	携帯電話メール※	@	
	自宅パソコンメール※	@	
医療資格	医師・正看護師・理学療法士・作業療法士		性別 男・女
ふりがな	_____		(病院勤務の方は、診療科などを記入して下さい)
勤務先 正式名称を記入	_____		所 属
所在地	〒 _____		
勤務先電話	TEL - - / FAX - -		
既に取得している技術・資格名:			
がんリハ・新リンパ浮腫研修受講状況: <input type="checkbox"/> 受講済み <input type="checkbox"/> 受講中 <input type="checkbox"/> 受講予定			

費用とお振込み先

受講料(税込)	¥356,400-	振込先	
		西日本シティ銀行 本城支店/(普通)1438910 (トクヒ) 日本リンパドレナージスト協会	

■本講座を知った経緯をお知らせください(複数可)■

- 知人の紹介 講習会等 医療施設への案内状(DM)
- ホームページ 協会会員 その他()
- 卒業生からの推薦(卒業生名:)

■キャンセル料について■

- * 受講開始3～2週間前:受講料の 25%
- * " 2～1週間前:受講料の 50%
- * " 6～2日前:受講料の 80%
- * " 1日前:受講料の 100%

【送付先】NPO法人 日本リンパドレナージスト協会

〒807-0805 福岡県北九州市八幡西区光貞台1-6-27

事務局担当: 豊田・佐伯

事務局使用欄	事務局使用欄

