A：リンパ浮腫治療・技術習得コース　平成28年11月13日～平成29年3月12日開催
申込手順

本講習はリンパ浮腫の治療の技術を習得するための講座です。申込みの手順は以下のとおりとなります。

実技67時間を修了できるカリキュラムです。新リンパ浮腫研修等で座学33時間を既に修了されている方はこの講習会を修了することで厚生労働省の認める100時間の講習を修了したことになります。

【１】申込受付期間について

下記の指定された期間以内に、必要書類を事務局へご郵送ください。

申込受付期間　平成28年9月5日　～　平成28年10月15日必着

・書類の不備なく郵送してください。不備のない場合、先着順にて受付致します。期日を過ぎての書類到着は無効となります。
・申込み用紙は郵送のみで受付をいたします。電話、FAX、電子メールによる受付はいたしません。
・受付期間中であっても定員(26名程度)をオーバーした時点で受付を終了することがございます。
・受講の可否は9月26日から随時郵送にてお知らせする予定です。

【2】必要書類

１．受講申込用紙（別紙）

【３】送付先

〒151-0053　東京都渋谷区代々木2-6-8-2F　ベテル南新宿診療所内　LT受付係

【４】受講料

一般	呉竹学園関係者
270,000円/税込（250,000円/税抜）	216,000円/税込（200,000円/税抜）

・上記の金額には実習および教材費が含まれております。
・受講料の払込方法については受講決定通知の送付の際、お知らせいたします。
・受講決定通知の送付には数日お時間をいただきます。

【５】受講決定のお知らせ

・受講可否決定のお知らせは郵送でお知らせいたします。電話等でのお問い合わせにはお応えできません。
・受講希望者多数の場合は書類選考の上、決定いたします。
・受講のお知らせと合わせて受講手続きの書類をお送りいたします。提出いただく書類がありますのでそろえて期日までに送付ください。

【６】受講対象

本講習は次の有資格者を対象とします。

平成28年4月時点で日本国における以下の医療資格免許を取得している者、もしくは近い将来資格を取得する予定の者
医師　・　正看護師　・　理学療法士　・　作業療法士　・　あん摩マッサージ指圧師　・　柔道整復師　・　鍼灸師

・リンパ浮腫療法士についての詳細は一般社団法人 リンパ浮腫療法士認定機構のホームページhttp://www.jclt.jp/をご確認ください。

裏面へ続く⇒

【7】キャンセルについて

受講可否決定後、受講料をお振込みいただいた後にキャンセルをされる場合は以下のようになります。

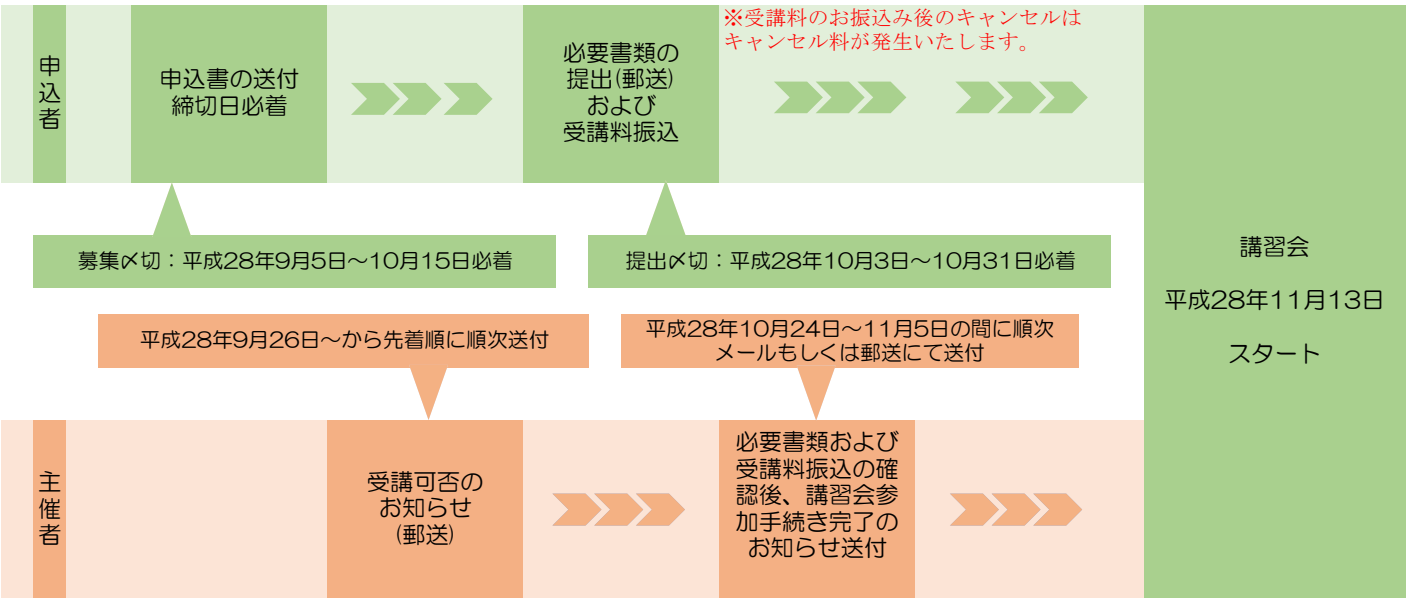
キャンセル料率	20%	50%	100%
期日	～講習会開始40日前まで	講習会開始39日前 ～講習会開始前日まで	講習会開始初日以降

・キャンセルの連絡は必ず電話にて直接スタッフにお伝えください。手紙、FAX、メール、留守番電話などでの受付は致しません。
連絡先：ベテル南新宿診療所　LT係　TEL：03-5333-8482
ベテル南新宿診療所の受付時間は平日14:30～18:00となっております。また土、日、祝日の受付はおこなっておりません。
・後日キャンセルのための手続き用紙をお送りいたします。返金先の情報などを記入、返送いただき、手続きを行います。
・返金は指定いただいた金融機関への振込みにて行います。現金での返金は原則行いません。
その際、期日の日程にあわせたキャンセル料と振込手数料を差し引いた金額を返金いたします。

【8】その他注意事項

・ 講習会での内容を許可無く撮影・録画・録音することは禁止です。
・ 講習会及び研修中に著しい妨害とみなされる行為をされる方には状況により退室・関係各所への連絡等の措置をとります。
・ 講習会の受講権利をほかの人に譲渡することは原則できません。

【9】お申し込みから講習開始までの流れ



上記のスケジュールに沿って主催者側からのお知らせが届かないなどございましたら下記までご連絡ください。
ベテル南新宿診療所　03-5333-8482　担当ヨシダ

その他ご不明な点がございましたら、こちらのアドレスまでご連絡ください。　lt_info@bethel-shinryosho.jp
後ほど折り返しご連絡いたします。　LT担当　ハマナカ・ヨシダ

A:リンパ浮腫治療・技術習得コース（平成28年11月13日～）

受講申込書

ふりがな				生年月日	性別
氏名					男 ・ 女
住所					
連絡先 ※電話番号は固定、携帯 のいずれかを必ずご記入くだ さい。	固定電話		携帯電話		
	PC e-mail				
	携帯 e-mail				
現在有する医療資格	医師 ・ 正看護師 ・ 理学療法士 ・ 作業療法士・ あん摩マッサージ指圧師 柔道整復師 ・ 鍼灸師				
上記資格取得の卒業校名			資格取得年月日		
ふりがな					
勤務先					
勤務先住所					
所属			役職		
リンパ浮腫治療経験の有無	有 ・ 無	リンパ浮腫治療経験の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。		
リンパ浮腫治療見学の有無	有 ・ 無	リンパ浮腫治療見学の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。		

学歴（高校卒業以降を記入）	職歴

A:リンパ浮腫治療・技術習得コース（平成28年11月13日～）

記入例

受講申込書

ふりがな	くれたけ　たろう		生年月日	性別
氏名	呉竹　太郎		昭和○○年○月○日	男・女
住所	〒　○○○-○○○○ 東京都渋谷区代々木○-○○-○○　△△マンション□□号室			
連絡先 ※電話番号は固定、携帯 のいずれかを必ずご記入ください。	固定電話	03-1234-5678	携帯電話	090-1234-5678
	PC e-mail	○○○○@△△△.△△.jp		
	携帯 e-mail	□□□□@○○○.○○.jp		
現在有する医療資格	医師・正看護師・理学療法士・作業療法士・あん摩マッサージ指圧師 柔道整復師・鍼灸師・その他（　　）			
上記資格取得の卒業校名	東京医療専門学校　本科 ○○大学　看護学部		資格取得年月日	平成○年○月
ふりがな	○○○クリニック			
勤務先	○○○クリニック			
勤務先住所	東京都渋谷区○○○　△-△-△			
所属	リンパ浮腫外来		役職	なし
リンパ浮腫治療経験の有無	有・無	リンパ浮腫治療経験の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。 0件	
リンパ浮腫治療見学の有無	有・無	リンパ浮腫治療見学の件数	※延べ数ではなく、治療の件数をご記入ください。 5件	

学歴（高校卒業以降を記入）	職歴
昭和○年東京都立○○高等学校普通科卒業 平成○年東京医療専門学校本科卒業 平成○年○○大学　看護学部卒業 以上	平成○年　○○○治療院入社 平成○年　○○○治療院退社 平成○年　○○クリニック入社 今に至る 以上

リンパ浮腫療法士を志望する理由について記入してください。
※志望理由の作成は手書きでもパソコンでの作成でも構いません。
※パソコンでの作成の場合はA4用紙にフォントは11前後の大きさで作成してください。
※パソコンでの作成の場合も本用紙下部の質問にお答えいただき、他の書類と一緒にお送り下さい。

氏名　呉竹　太郎

本講習会を知ったきっかけを教えてください。
ホームページ　新リンパ浮腫研修　チラシ　くれたけだより　呉竹心技
紹介（　　）
本講習会以外で今後当校で行われる講習会、学会などのお知らせを希望されますか？
希望する　希望しない

提出いただいた申込書にある個人情報は上記で希望される場合を除き、本講習に関するお知らせ以外には
使用いたしません。

リンパ浮腫療法士を志望する理由について記入してください。
※志望理由の作成は手書きでもパソコンでの作成でも構いません。
※パソコンでの作成の場合はA4用紙にフォントは11前後の大きさで作成してください。
※パソコンでの作成の場合も本用紙下部の質問にお答えいただき、他の書類と一緒にお送り下さい。

氏名

本講習会を知ったきっかけを教えてください。

ホームページ　新リンパ浮腫研修　チラシ　くれたけだより　呉竹心技

紹介（　　）

本講習会以外で今後当校で行われる講習会、学会などのお知らせを希望されますか？

希望する　希望しない

提出いただいた申込書にある個人情報は上記で希望される場合を除き、本講習に関するお知らせ以外には使用いたしません。

アクセスのご案内

■ベテル南新宿診療所

〒151-0053
東京都渋谷区代々木二丁目6番8号　中島ビル2階

■交通機関

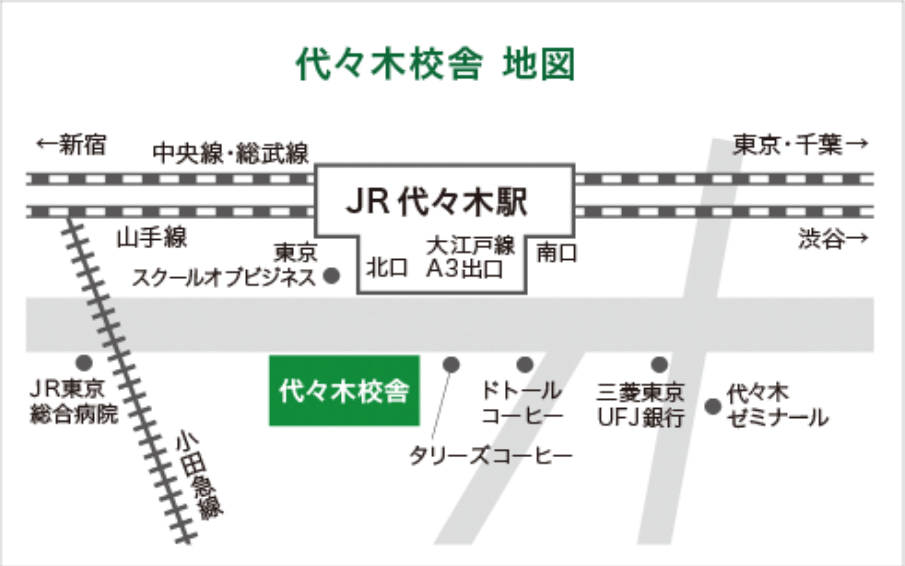
各線　新宿駅南口より徒歩3分
大江戸線　新宿駅A1出口より徒歩1分

学校法人 呉竹学園　厚生労働大臣認定

■東京医療専門学校代々木校舎

代々木校は、最寄りの代々木駅にほど近く、山の手線、総武線、地下鉄大江戸線がはしり交通至便なところにあります。
代々木は各種専門学校、予備校と学生の街としても知られています。高層ビル新宿都心に隣接し、また少し足を延ばせば明治神宮が静かなたたずまいを見せ、都心の中に一服の清涼感を与えています。

〒151-0053
東京都渋谷区代々木1-55 学園ビル内　TEL. 03 - 3320 - 1815

■交通機関

JR、大江戸線代々木駅北口より徒歩1分