リンパ浮腫治療・技術習得コース （CDTコース）

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 ・その他（ ）				
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

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。

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　　チラシ　　知人の紹介（　　）

その他（　　）

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。