

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		昭和〇〇年〇月〇日	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都渋谷区代々木〇-〇〇-〇〇 △△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	〇〇〇〇@△△△.△△.jp		
	携帯 e-mail	□□□□@〇〇〇.〇〇.jp		
現在有する 医療資格	医師・ <input checked="" type="radio"/> 正看護師・理学療法士・作業療法士・ <input checked="" type="radio"/> 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 〇〇大学 看護学部		資格取得 年月日	平成〇年〇月
ふりがな	〇〇〇クリニック			
勤務先	〇〇〇クリニック			
勤務先 住所	東京都渋谷区〇〇〇 △-△-△			
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 <input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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		
昭和〇年東京都立〇〇高等学校普通科卒業 平成〇年東京医療専門学校本科卒業 平成〇年〇〇大学 看護学部卒業 以上		平成〇年 〇〇〇治療院入社 平成〇年 〇〇〇治療院退社 平成〇年 〇〇クリニック入社 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前後の大きさに作成してください。
※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。