



日本中医食養学会

2024年度第20回(冬)講師養成講座受講申込書

写真貼付
3×4cm

フリガナ		写真貼付 3×4cm
氏名		
生年月日	西暦 年 月 日生 才	
住所	〒	
連絡先	携帯： FAX：	
	電話： E-mail：	
最終学歴 ※記述任意		
取得している 資格	<input type="checkbox"/> 中医薬膳指導員® <input type="checkbox"/> 国際中医薬膳師 <input type="checkbox"/> 国際薬膳調理師 <input type="checkbox"/> 中医薬膳師 <input type="checkbox"/> 国際中医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
特技 または趣味		
受講の動機 または 今後の希望		

※個人情報保護法に基づき、申込みに関する個人情報については、食養学会の運営以外の目的に使用致しません。
尚、申込書の到着と振り込み確認をもって、申込み完了となります。

お振り込みいただいた受講料は返納できません

振込口座 みずほ銀行 本郷支店 普通 2663890
日本中医食養学会