|  |  |
| --- | --- |
| 写真添付  縦4×横3  中医薬膳茶講座  受講申込書 | |
|  | |
| クラス選択 | □春の木曜クラス（5月～）  □秋の土曜クラス（11月～） |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　 月　　 日　（　 　　才） |
|
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | 携帯：  メール： |
| 職 業  （勤務先） |  |
| 所有資格 | □中医薬膳指導員🄬　□中医薬膳調理師  □日本中医薬膳師　　□国際中医薬膳師　　□国際薬膳調理師  □（他校で取得した）薬膳資格  □管理栄養士　　　　□栄養士　　　□調理師　　　□薬剤師  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 私は受講中の体調に配慮し、自己責任において薬膳茶の試飲を致します。  ＿＿＿＿年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

※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、日本中医食養学会の講座運営以外の

目的には使用致しません。

　事務局記入：受付完了西暦　　　年　　月　　日