|  |
| --- |
| 　 　　　 　　　　　　　　　　　　　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