

# 中医薬膳茶講座 受講申込書

写真添付  
縦4×横3

クラス選択	<input type="checkbox"/> 春の木曜クラス（5月～） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 中医薬膳指導員® <input type="checkbox"/> 中医薬膳調理師 <input type="checkbox"/> 日本中医薬膳師 <input type="checkbox"/> 国際中医薬膳師 <input type="checkbox"/> 国際薬膳調理師 <input type="checkbox"/> （他校で取得した）薬膳資格 <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 （ _____ ）
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。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>_____年 月 日 氏名</span> <span>印</span> </div>	

※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