

年 月 日 受付番号 \_\_\_\_\_

# 中医薬膳茶上級講座 受講申込書

ふりがな			
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 ( 才 )	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	〒		
連絡先 緊急連絡時に必要です。 全てご記入下さい。	電話： _____	携帯： _____	
	PCメール： _____	携帯メール： _____	
職業 (勤務先)			
所有資格	<input type="checkbox"/> 中医薬膳指導員・調理師 <input type="checkbox"/> 国際中医薬膳師 <input type="checkbox"/> 国際薬膳調理師 <input type="checkbox"/> 日本中医学院卒業 <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 ( )		
中医薬膳茶を学んだ 機関と修了した年月日	<input type="checkbox"/> 日本中医食養学会 中医薬膳茶講座 <input type="checkbox"/> 登録機関 (登録機関名 記入) _____ 上記の講座を修了した年月日 _____		
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 年 月 日