

# 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<br>( 才)   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |  |
| 住所                                | 〒  |   |  |
| 連絡先<br>緊急連絡時に必要です。<br>全てご記入下さい。   | 電話： _____  | FAX： _____  |  |
|                                   | 携帯： _____  |   |  |
|                                   | PCメール： _____   |   |  |
|                                   | 携帯メール： _____   |   |  |
| 職業<br>(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<br><input type="checkbox"/> 日本中医学院卒業<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |  |
| 中医薬膳茶を学んだ<br>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<br><input type="checkbox"/> 登録機関 (登録機関名 記入)<br><br>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 2023年 月 日