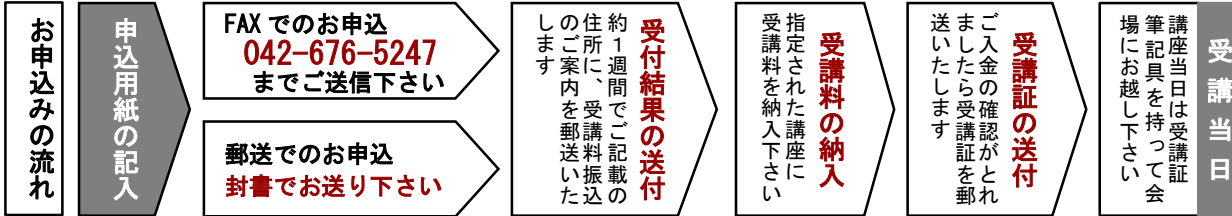


宛先：一般財団法人 東京薬科大学附属社会医療研究所

中国医学実践講座 申込用紙 FAX・郵送用

講座のお申込をされる前に必ず、「講座案内」をご確認ください
お申込された時点で講座案内に記載されている内容に同意したものとみなします



① 受講を希望するコース名を○で囲んで下さい

講座名	中医学初級講座	コース名：	木曜(夜) ・ 日曜集中
	中医学中級講座	コース名：	土曜集中
	中医学上級講座	コース名：	水曜(夜) ・ 日曜集中

② 受講生の情報をご記入下さい

※がついている項目は必須項目です 必ずご記入下さい

※ 氏名	フリガナ	男 女	※国 籍：
			※生年月日 大 昭 平 年 月 日
※ 住所	〒	都 道 府 県	市 区 町 村
職業	※電話番号	— —	日中連絡先 — —
	※メールアドレス	@	
勤務先 学校名	勤務先名 学 校 名	部署名 学 年	
	〒 所在地	電話番号 — —	
※ 最終学歴	学校名	(年 月卒業)	

- ※ パスポートをお持ちの方は写真があるページのコピーを添付してください
- ※ 学生割引をうける方は、学生証のコピーまたは在学証明書を添付してください