|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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） | □ 男　□ 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 | □中医薬膳指導員・調理師　□国際中医薬膳師　□国際薬膳調理師  □日本中医学院卒業  □管理栄養士　　　□栄養士　　　□調理師　　　　　□薬剤師  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 中医薬膳茶を学んだ  機関と修了した年月日 | □日本中医食養学会　中医薬膳茶講座  □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