|  |
| --- |
| 　 　　　 　　　　　　　　　　　　　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