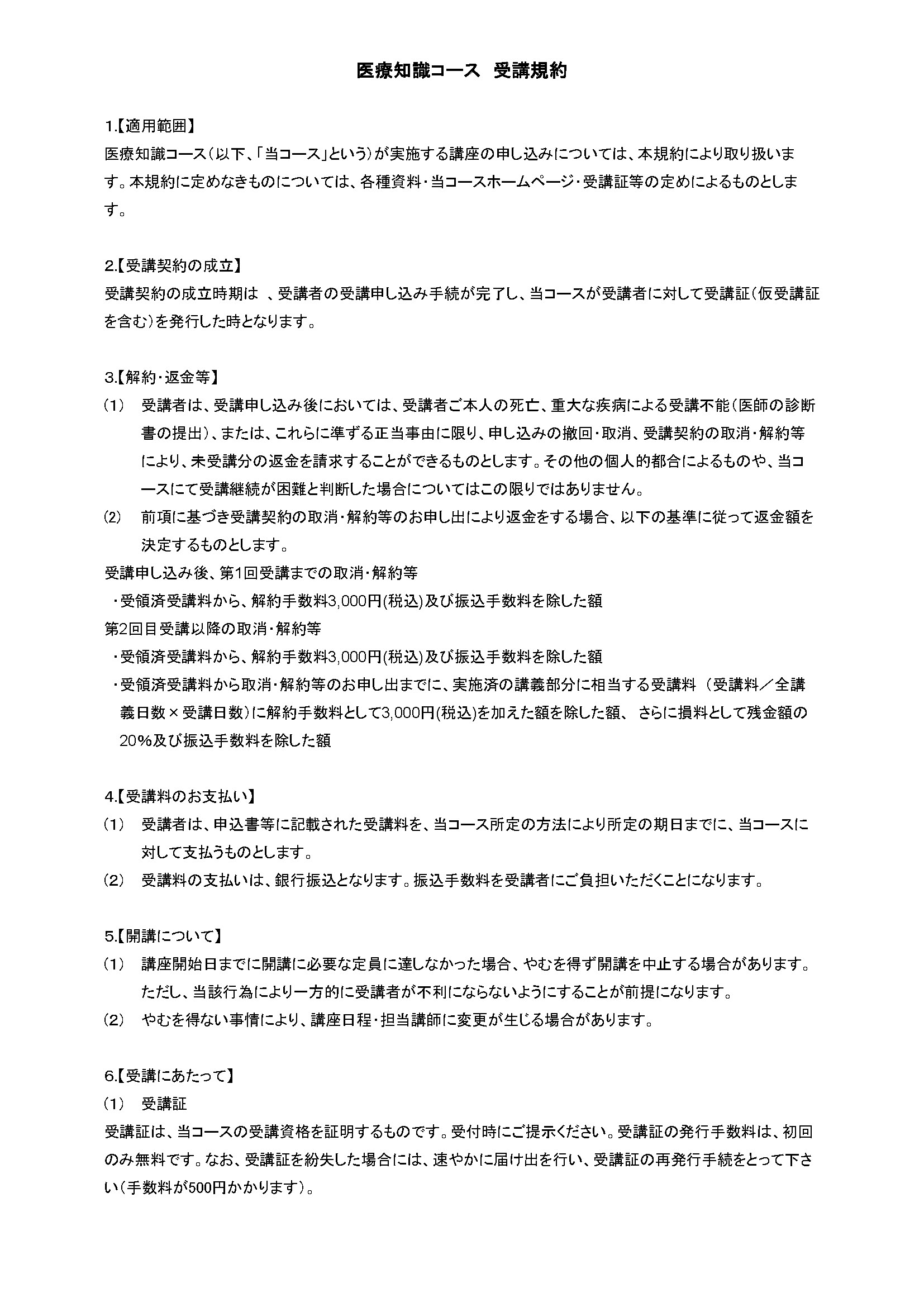
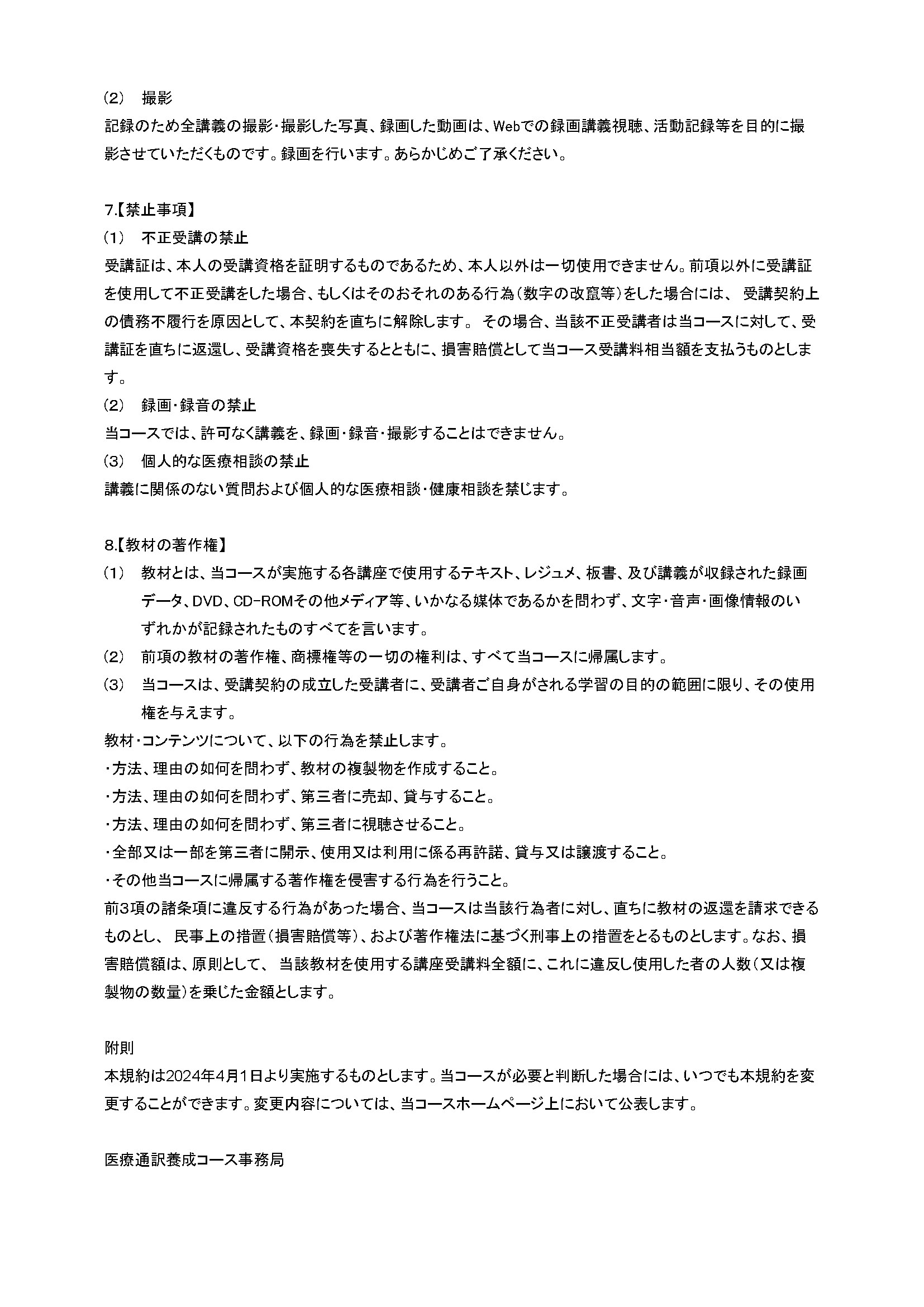
****

****

**医療知識コース　受講申込書**

令和　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | | | | |
| (フリガナ) | |  | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生　　　歳 | | | | | |
| 性別 | 男　 女 | | | 緊急連絡用携帯電話番号： |  | |
| 現住所 | 〒 |  | | | | |
|  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 職業 |  | | | | | 例）会社員、自営業、主婦　等 |
| 所属機関  名称 |  | | | | | 例）株式会社〇〇管理部  　　フリーランス通訳　等 |
| 希望クラス | 通学クラス　 Webクラス | | | | | |

受講規約に同意する（前頁の受講規約をお読みの上、左の□にチェックを入れてください）

※参加申込みは、上記の事項に同意の上お申込みください。同意いただけない場合、および参加申込みに必要な個人情報を提供いただけない場合は、参加申込みの受け付けや登録ができませんので、予めご了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学歴・職歴 　※学歴については高校以降（高校通学歴がない場合は中学以降） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 医療関係に関する資格もしくは職歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 志望動機 |
|  |

※個人情報は、責任をもって管理し、運営上必要な連絡・書類発行・発送のため以外に利用されることはありません。