

# 管理薬膳師講座

## 参加申込書

【 】内はいずれかを○で囲んでください。

					会員番号	※
申込日	20 年 月 日	性別	【男・女】	入会年度	年度（※参照）	
ふりがな				資料送付先	【 学校・自宅 】	
氏名				生年月日	西暦 年 月 日生	
自宅	〒					
	TEL : ( ) FAX : ( )					
在学先 (本学在 学生のみ)	鈴鹿医療科学大学 _____学科				学籍 番号	
これまで 取得され た資格						
連絡方法	<u><a href="mailto:yakuzen@suzuka-u.ac.jp">迷惑メール拒否設定されている場合、受信可として下さい yakuzen@suzuka-u.ac.jp</a></u> 電子メール : _____ @ _____ その他携帯電話など :					

本参加申込書の記載情報は管理薬膳講座に関する事項のみに使用いたします。

※ 日本薬膳学会会員のみ記入してください。

### 問合せ・送付先 日本薬膳学会事務局

下記に郵送または FAX 下さい。

〒510-0226

三重県鈴鹿市岸岡町 1275 番地 3

鈴鹿医療科学大学 東洋医学研究所内

TEL : 059-381-2385 FAX : 059-381-2386