

日本中医学院

薬膳調理実習講座受講届

日本中医学院
理事長 植松 捷之 殿

私は、令和 年 月 開講 薬膳調理実習講座の受講を希望します。

令和 年 月 日

ご署名

フリガナ		生年月日
氏名		西暦 年 月 日
現住所	(〒 -)	
電話番号		
E-mail	(登録済みで変更がなければ記入不要)	
中医中薬専攻科 ・ 中医薬膳専科 ・ 医学気功整体専科	在校生 ・ 卒業生	
食品アレルギーのある方は、必ずこちらにご記入ください		

学院記入欄
