

# 日本発声医学協会 講座申し込み書

必要事項をご記入の上、下記の当協会事務局宛てにご郵送ください。（\*は必須。電話番号はどちらか必須）

|  |   |   |                                       |     |
|--|---|---|---------------------------------------|-----|
| お申し込みの講座名 <span style="color: red;">*</span> | <input type="checkbox"/> 発声医学療法師 2 級養成講座<br><input type="checkbox"/> 発声医学療法士 1 級養成講座      ※ご希望の講座名を選択してください。<br><input type="checkbox"/> 日本発声医学協会入会のみ |   |                                       |     |
| フリガナ   |   |   | 生年月日                                  | 性別  |
| お名前 <span style="color: red;">*</span>       |   |   | 西暦      年      月      日<br>(満      歳) | 男・女 |
| フリガナ   |   |   |                                       |     |
| 住所 <span style="color: red;">*</span>        | 〒   |   |                                       |     |
| 連絡先 <span style="color: red;">*</span>       | ※ご自宅か携帯電話のどちらかをご記入ください<br>—      —  | 携帯番号 <span style="color: red;">*</span> | —      —                              |     |
| E-mail <span style="color: red;">*</span>    | @   |   |                                       |     |
| 備考   |   |   |                                       |     |

|                                       |  |     |                 |      |
|---------------------------------------|--|-----|-----------------|------|
| <b>事務局記入欄</b> ※事務局側で使用しますので、ご記入は不要です。 |  |     |                 |      |
| 会員番号                                  |  | 入会日 | 年      月      日 | 会員区分 |

**【日本発声医学協会事務局】**

〒100-0011 東京都千代田区内幸町 1 丁目 1 番 1 号 帝国ホテルタワー 9 階 9C1-3

一般社団法人 国際抗老化再生医療学会 / 分科会 日本発声医学協会

【TEL】 03-6205-4344    【FAX】 03-6205-4345    【MAIL】 info@j-mva.jp