

東方薬膳学院 入学願書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	19 年 月 日	歳
職業		趣味		
現住所	〒			
電話				
携帯電話				
Email				
緊急連絡先				

◆希望コースに○をつけてください。

希望コース	薬膳アドバイザーコース 初級		中医診断薬膳師コース 上級	
	<input type="checkbox"/> 日曜コース	<input type="checkbox"/> 平日コース	<input type="checkbox"/> 日曜コース	<input type="checkbox"/> 平日コース

◆卒業後の進路

卒業後の目標	
--------	--

本願書をもって入学の申し込みをいたします。

署名 _____ 印

【申し込み日】 年 月 日