

■薬膳講習会受講申込書及び入会承諾書■

*締切：平成 29 年 7 月 10 日

	初級・薬膳アドバイザー 講習会 (クラス 1～4)
	中級・薬膳インストラクター 講習会 (クラス 5～8)

お名前	ふりがな
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
その他連絡先 (メールなど)	
勤務先・所属	

※本件お申込書の記載内容は、この薬膳講習会の目的以外には使用しません。

★NPO 法人養生の郷入会希望の方は署名下さい。

「NPO 法人養生の郷」への入会を承諾します。

お名前 _____

- ※ メールの場合、自筆署名の上 PDF 又は写真に撮ってお送り下さい。
- ※ FAX の場合は、自筆署名の上 FAX 送信願います。
- ※ その他、郵送でも受け付けます。
- ※ 受講料・会費の集金は、第一回目の講習時 (7 月 30 日) に集金いたします。

問合せ先 〒682-0411 鳥取県倉吉市関金町関金宿 1560 - 1 NPO 法人養生の郷
電話：0858-45-3988

FAX 050-3488-5653 メール：youjyou@sekigane.com