

資料請求

平成 年 月 日

貴校の「学校案内」等、資料請求を希望いたします。

※は必須項目です。

※	フリガナ お名前	
	性別	・男性 ・女性
	年齢	<input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代 <input type="checkbox"/> 80代
※	住所	(〒 -)
※	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
※	携帯番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
※	FAX番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
※	メールアドレス	<input type="text"/>
	ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 専門職 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト・パート <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他
	過去に中医学を学ばれた事は ございますか？ (学習歴・教育施設・書籍等)	
	学んだ知識をどのように 活用されたいですか？	
	資格	(該当項目を○で囲んで下さい) ・医師・歯科医師 ・薬剤師 ・鍼灸師 ・柔道整復師 ・理学療法士 ・登録販売者 ・その他(資格名) ・特になし
	希望学科及びコース	・中医学科 <input type="checkbox"/> 大学専科コース ・鍼灸学科 <input type="checkbox"/> 大学専科コース ・推拿学科 <input type="checkbox"/> 大学専科コース
	その他のコース	<input type="checkbox"/> 中医健康養生学講座 <input type="checkbox"/> 中医薬膳指導士養成講座(大阪) <input type="checkbox"/> 中医手技療法士短期育成コース(東京)
	お手数ですが 右アンケートに ご協力下さい	※当ホームページをどこでお知りになりましたか？(該当項目を○で囲んで下さい) ・薬剤師会雑誌 ・中医臨床 ・医道の日本 ・鍼灸ジャーナル ・調剤と情報 ・CAP ・新聞(新聞) ・インターネット検索 ※ご使用になられた検索ページをお選び下さい。(該当項目に○を囲んで下さい) yahoo! Google MSN OCN goo その他() ・書店の情報コーナー(書店名: 書店 店) ・その他(下記にご記入下さい) <input type="text"/>
	コメント	<input type="text"/>

FAX送信先:上海中医薬大学附属日本校 (FAX番号) 06-6362-1505