資 料 請 求　FAX：06-6362-1505

貴校の「学校案内」等、資料請求を希望致します。
※は必須項目です。

令和　　年　　月　　日

フリガナ　※	
お名前　※	
性　別　※	・男性　　・女性
年　齢　※	□１０代　□２０代　□３０代　□４０代　□５０代　□６０代　□７０代　□８０代
住　所　※	（〒　　－　　）
マンション・ビル名	〜様方
電話番号	（　　）　　－
携帯番号　※	（　　）　　－
FAX 番号　※	（　　）　　－
メールアドレス　※	
ご職業　※	□会社員　□公務員　□専門職　□自営業　□アルバイト・パート □学生　□専業主婦　□その他
過去に中医学は学ばれた事はございますか？ 又は今現在学ばれていますか？ （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　※	（該当項目を〇で囲んで下さい） ・医師　・歯科医師　・薬剤師　・鍼灸師　・柔道整復師　・理学療法士 ・看護師　・福祉介護関係　・登録販売者　・特になし ・その他（資格名：　　）
希望学科及びコース	・大学専科コース：□中医学科　□鍼灸学科　□推拿学科 ・単科目履修制度：□中医基礎理論　□中医診断学　□中薬方剤学 □中医内科学　□中医小児科学　□中医婦人科学 □経絡腧穴学・鍼灸治療学　□推拿学
その他のコース	□中医健康学講座（通信） □推拿手技特別実技演習（通学・東京） □中国語基礎講座（通信）
お手数ですが､右アンケートにご協力下さい	※該当項目を〇で囲んで下さい ◎当ホームページをどこでお知りになりましたか？ ・書籍関係（　　）　・新聞（　　） ・ facebook　・Instgram　・DM　・チラシ・インターネット検索 ・紹介者（　　） ・その他（　　）
コメント	

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