

中国語医療通訳士 MTJ 校 入会申込書

私は、貴学の教育方針に同意し、中国語医療通訳士講座に申し込みをいたします。

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏 名	印		
生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日	性 別	男 女
フリガナ			
自 宅 住 所	〒 都 道 府 県		
T E L		携 帯 電 話	
F A X		E メール	
フリガナ			
勤 務 先 名			
フリガナ			
勤 務 先 住 所	〒 都 道 府 県		
T E L		E メール	
保 有 資 格			
日 本 語 検 定		中 国 語 検 定	
認定機関、取得年月日を詳細に記入してください。			

保有した個人情報は当社が責任をもって個人情報保護法に基づいて管理、破棄処理を行います。



メディカルツーリズム・ジャパン株式会社
医療旅遊日本株式会社
MEDICAL TOURISM JAPAN Co.,Ltd
〒003-0027 北海道札幌市白石区本通 3 丁目北 6-18 SMC ビル 3F
TEL：011-865-855 FAX：011-865-8666