

日本医療通訳センター 医療通訳士講座申込書

コース名:	医療通訳士育成講座平日夜基本コース(6月3日の金曜日に開講)
-------	--------------------------------

受講者資料			
氏名(ふりがな):		生年月日:	年 月 日 (歳)
氏名(漢字):		性別:	男 女
国籍:		母国語:	
出身地:		来日年月(外国人のみ):	年 月
ふりがな			
現住所:〒		電話番号:	
		電子メール:	
緊急連絡人:			
名前:		連絡電話:	

勤務先或は学校			
会社名(学校名):			
会社(学校)住所:	〒		
連絡電話:		FAX:	

資格及び語学履歴	
資格名:	
語学履歴:	

受講代金入金締め切り日:	年 月 日
振り込み口座:	三井住友銀行 池袋東口支店 普通口座:8877418 名義人:日本医療通訳センター株式会社(ニホンイリョウツウヤクセンター)
学費:	98,000円(教材費、特別講義、卒業証書、消費税込み)

同意書サイン欄			
本申込書に記載した情報が真実である事を保証する。受講時に日本医療通訳センターが定めた受講条約(別紙参照)を遵守する。			
受講者サイン:		申込日:	年 月 日



URL



微信

日本医療通訳センター

〒170-0013
東京都豊島区東池袋1-35-10 藤田ビル3F
TEL: 03-6912-6102
FAX: 03-6912-6894