

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	<input type="text"/>
	性別	・男性 ・女性
※	住所	(〒 -) <input type="text"/>
※	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"/>
	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	(□に✓を入れて下さい) ・中医学科 □大学専科コース ・骨傷学科 □大学専科コース ・鍼灸学科 □大学専科コース ・推拿学科 □大学専科コース
	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 ・代替医療通信 ・鍼灸ジャーナル ・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() ・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