

# \* 記入例 \*

赤枠内のみを日本語で記入



โรงเรียนแพทย์แผนโบราณ วัดพระเชตุพน (วัดโพธิ์)

THE WAT PO THAI TRADITIONAL MEDICAL SCHOOL

## 申込用紙

フリガナ _____		申込日 西暦 / 月 / 日
氏名 _____	生年月日 西暦で記入 年 月 日	年齢 歳 (男 女)
日本の住所 フリガナ _____ 〒 _____		
TEL: _____	FAX: _____	携帯: _____
E-MAIL: _____		
タイでの滞在先 フリガナ _____ (ホテル名・ルームNo.) タイ在住の方はタイの住所を記入		
TEL: _____	FAX: _____	携帯: _____

### 受講コース

- | 《ワットポーコース》                         | 修了証          | CARD    |              |
|------------------------------------|--------------|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 第1(基本)コース | 30時間 [EN・TH] | [EN・TH] | ( 月 日 ~ 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 第2(上級)コース | 60時間 [EN・TH] | [EN・TH] | ( 月 日 ~ 月 日) |
| <input type="checkbox"/> フットコース    | 30時間 [EN・TH] | [EN・TH] | ( 月 日 ~ 月 日) |
| <input type="checkbox"/> ペビ        |              |         | ( 月 日)       |
| <input type="checkbox"/> オ         |              |         | ( 月 日)       |
| <input type="checkbox"/> ルー        |              |         | ( 月 日)       |

- ※第1コース
- ※第2コース

### 《開業支援コー

- 中国式フ
- クイックコ
- ハーブコ
- 角質取り
- ※中国式フ



ここは何も記入せずにお持ち下さい。

事務局記入欄

No. \_\_\_\_\_