

中文医疗口译 MTJ 校 入学申请书

本人认同贵校教育方针，特此申请中文医疗口译课程。

申请日 年 月 日

拼 音			
姓 名	印		
出 生 年 月 日	公 元 年 月 日	性 别	男 女
家 庭 住 址	邮 政 编 码 市		
T E L		手 机 号 码	
F A X		E - M A I L	
工 作 单 位			
公 司 地 址	邮 政 编 码 市		
T E L		E - M A I L	
所 持 技 能 证 书			
日 语 能 力 等 级 认 证		中 文 能 力 等 级 认 证	
请填写认证机构的具体名称及获得认证的具体日期。			

本公司将根据个人信息保护法，负责对获取的个人信息进行管理或销毁。



メディカルツーリズム・ジャパン株式会社
医疗旅遊日本株式会社
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