



特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会
シニアハーバルセラピスト講師申請書

※ハーバルプラクティショナー資格を取得していない方は、ハーバルプラクティショナーコース（植物化学科）修了証を添付してください。

氏名	フリガナ	会員ID
生年月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
現住所	〒 ※変更がある方は別途お申し出ください。この用紙では変更はできません。	
電話番号	FAX	
基礎医学領域 修了証明記入欄		
HHPコース基礎医学領域を修了された認定校や、基礎医学領域を修了された医療系の大学・専門学校名、 または各種セラピスト認定コース等で修了した名称をご記入ください		
	修了した学校名や修了名称	履修時間
病態生理学		
生化学		
栄養学		
薬理学		
<p>私はシニアハーバルセラピスト講師申請をいたします。 なお、すべての記載事項に相違ありません。</p> <p>西暦 年 月 日 特定非営利活動法人日本メディカルハーブ協会 理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

事務局記入欄

受理日	取扱者	事務局長

認定No.