

トータルセラピー科 入講申込書 (東京・横浜)

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	写真2枚 (4cm×3cm) ※1枚は裏面に名前を 書いて添付の事
ローマ字			
氏 名	⑩ 男 女	19 年 月 日 ( 歳)	
ご自宅	〒 住所		
	□電話 ( )	□e-mail	
	□FAX ( )	□携帯 ( )	
勤務先	会社名		
	住所 〒		
	□電話 ( )	□e-mail	
	□FAX ( )	郵送物 → ( □自宅希望・□勤務先希望)	

※上記すべての項目にご記入ください。(お持ちでない場合は無しとご記入ください。)

※ご記入頂いたご連絡先の内 **優先希望ご連絡先** の □ にチェックをお願いします。

※携帯メールご希望の場合は **受信認定設定** をお願いします。

取得資格		年 月 取得
		年 月 取得
		年 月 取得
入学の目的		
受講希望	■各セミナー 定員6名 (定員になり次第締切とさせていただきます。)	
クラス	□リンパドレナージュ ( 月 日開講) ( 月 日開講) ( 月 日開講)	
※希望クラスに	□タラソセラピー ( 月 日開講)	
チェックと開講日	□ ( 月 日開講)	
をご記入下さい	□ ( 月 日開講)	

※各コース、セミナー開講日の1週間前に締め切らせていただきます。

※入学申込書の到着とご入金の確認をもって入校のお申し込み手続きを完了といたします。

**振込先銀行 三菱東京UFJ銀行 京橋中央支店 普通 0014797 シ) ノアール・プラン**

※個人情報保護法の取り扱いについて

お預かりした個人情報をご依頼いただきました案内資料等の送付やご連絡に使用させていただきます。

原則として、ご本人の承諾なしに、上記目的以外に個人情報を利用、または第三者に提供する事はいたしません。