

入学申込書 (東京校・大阪校・富山校・福岡校・横浜校) 希望校に○

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 書いて添付下さい。
ローマ字				19 年 月 日		
氏名	印	男 女	(歳)			
ご自宅	住所	〒				
	<input type="checkbox"/> 電話			<input type="checkbox"/> e-mail		
	<input type="checkbox"/> FAX			<input type="checkbox"/> 携帯		
勤務先	会社名					
	住所	〒				
	<input type="checkbox"/> 電話			<input type="checkbox"/> e-mail		
	<input type="checkbox"/> FAX			郵送物 → (<input type="checkbox"/> 自宅希望 ・ <input type="checkbox"/> 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	卒業後の進路希望	
	年 月 取得	<input type="checkbox"/> 就職	<input type="checkbox"/> 独立開業
	年 月 取得	<input type="checkbox"/> その他 ()	

受講目的			
------	--	--	--

受講希望 クラス ※希望クラスに チェックと開講日 をご記入下さい	■本科■	
	<input type="checkbox"/> ベーシック (月 日開講)	<input type="checkbox"/> アドバンス (月 日開講)
	<input type="checkbox"/> マスター (月 日開講)	<input type="checkbox"/> プロフェッショナル (月 日開講)
	■専科■	
	<input type="checkbox"/> JPポドロジー基礎理論 (月 日開講)	<input type="checkbox"/> 角質ベーシック (月 日開講)
	<input type="checkbox"/> ネイルベーシック (月 日開講)	<input type="checkbox"/> フットアーチサポート (月 日開講)
	<input type="checkbox"/> 角質トラブルケア (月 日開講)	<input type="checkbox"/> 陥入爪ケア (月 日開講)
	<input type="checkbox"/> 関節ストレッチ (月 日開講)	<input type="checkbox"/> マシンの使い方 (月 日開講)
	<input type="checkbox"/> シューズアーチサポート (月 日開講)	<input type="checkbox"/> 巻き爪ケア (月 日開講)
	■爪エキスパート■ 東京校開催	
<input type="checkbox"/> 初級 (月 日開講)	<input type="checkbox"/> 中級 (月 日開講)	
<input type="checkbox"/> 上級 (月 日開講)		

※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は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。