

各種足爪補正士コース 受講申込書

※本受講申込書の原本は写真貼付の上、講習会当日にご持参下さい。

申込年月日 平成 年 月 日

写 真

*スナップ写真でも可

フリガナ

氏名

自宅住所 〒 ー (昭・平 年 月 日生)

自宅電話

携帯電話

勤務会社名

勤務先住所 〒 ー

電話番号

ファックス番号

メールアドレス

※必ず○印又は具体的にお書きください。

ご職業 医師 看護師 柔道整復師 フットケア技術者 その他 ()

書類、症例結果等をお送りする際、確実にお受け取り可能な方をお選び下さい。

☐ご自宅 ☐勤務先

現在何らかの技術をお持ちでしたら
お書き下さい。(リフレクソロジー等)

受講内容	受講料	受講日
☐ ①巻き爪補正ベーシックコース	円	年 月 日
☐ ②割れ爪・匙状爪補正コース	円	年 月 日
☐ ③陥入爪の補正コース	円	年 月 日
☐ ④爪の根元上げコース	円	年 月 日
☐ ⑤重度の巻き爪補正コース	円	年 月 日
合計金額	円	

※ 下記の口座に受講費用をお振込みください。本申込書の到着とご入金の確認を以ってお申し込みの完了とさせていただきます。尚、一旦納入された受講費用は理由の如何を問わず返還致しませんのでご了承ください。

【振込先】

銀行名 : 群馬銀行
支店名 : 豎町支店 (タツマチシテン)
口座名義: カ) イッポ
普通口座: 1423307