



写真を貼る位置

縦 36-40mm

横 24-30mm

ベーシックコース受講申込書

会員番号	※		年 月 日			
受講希望者	ふりがな					
	氏名	(印)				
	性別	男・女	年齢	歳		
	ふりがな					
	住所	〒 -				
TEL	- -	携帯	- -			
FAX	- -	MAIL				
勤務先	ふりがな					
	名称					
	ふりがな					
	住所	〒 -				
TEL	- -	携帯	- -			
FAX	- -	MAIL				
保有資格	保有資格に○をつけてください。 柔道整復師・鍼師・灸師・あん摩マッサージ師・その他()					
支払回数	受講料のお支払いについて希望するものに○をつけてください。 ・一括 [528,000円(税込)] ・2回 [264,000円(税込) × 2回]					
会場	希望の会場に○をつけてください。 (東京 ・ 名古屋) 各会場先着12名となります。					
領収書宛名 送り先	領収書宛名: 送り先: 自宅 ・ 勤務先 (○をつけてください)		入力	入金日	入会月	領収書

注1) 上記太枠内の必要事項をご記入の上、郵送にて下記事務局までお送りください。

注2) ご記入頂きました個人情報につきましては、当協会活動以外に使用することはありません。

注3) 写真は下記お問い合わせ先にてデータでお送りいただくか、枠内に糊付けしてください。

~~~~~ 〈きりとり線〉 ~~~~~

|        |                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------|
| お申し込み先 | 株式会社チームエス 日本メディカルアート協会事務局                                        |
|        | 〒156-0043<br>東京都世田谷区松原3-40-7パインフィールドビル7702                       |
| お問合せ先  | TEL: 03-6379-2069 Mail: t.s.shimotakaido@vivid.ocn.ne.jp         |
| お振込先   | 昭和信用金庫 下高井戸支店 普通 0361117<br>口座名義 株式会社チームエス 日本メディカルアート協会          |
| 料金     | 全6回 528,000円(税込)<br>※銀行振り込みにてお願い致します。<br>振込手数料はご本人様負担とさせていただきます。 |