



ベーシックコース受講申込書

写真  
縦 36-40mm  
横 24-30mm

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( )						
お支払い方法・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。 ( 銀行振込 ・ クレジットカード )						
	お支払い回数について希望するものに○をつけてください ( 一括 [660,000円(税込)] ・ 2回分割 [330,000円(税込) × 2回] ) ※クレジットカード払いの場合、事務手数料が5%かかります。						
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。						
領収書等宛名	領収書等を発行する際に宛名の指定がある場合ご記入ください。 領収書宛名:			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 東京都世田谷区松原3-40-7パインフィールドビル702
お問合せ先	TEL: 03-6379-2069 Mail: shimotakaido.h.p@teams-project.co.jp
お振込先	昭和信用金庫 下高井戸支店 普通 0361117 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 一括 660,000円(税込) / 2回 [330,000円(税込) × 2回] ※銀行振り込みにてお願いいたします。 ※振込手数料はご本人様負担とさせていただきます。