



インストラクター個別資格取得講座 申 込 書

* 申込書にご記入頂いた個人情報は、今回の講座を速やかに進行する目的以外には利用いたしません。

日 時	年 月 日 (曜日) 開催分
会 場	
お名前 会員番号	ふりがな N—
ご住所	〒
お電話 番号等 Fax 番号	☎ 携帯 E-mail Fax (必ずご連絡のつく連絡先をご記入ください)

お申込方法

上記にご記入のうえFAXでお送りください。E-mail、お電話でも受付いたします。

FAX : **092-555-9401** E-mail : **info@therapy-care.net**

* ご連絡確認後、休業日を除く 2 日以内に受付確認書を返信致します。それ以降にも連絡がない場合は
お手数ですがお電話でご連絡ください。

* 受講料および諸経費は事前振込となります。

郵便局) 番号 01760-9-105830 名義 : 特定非営利活動法人日本セラピューティック・ケア協会

* 定員になり次第、締め切りとさせていただきます。

* 準備の都合上、お申し込み後の受講キャンセルは講座開催日の4日前までにご連絡ください。

受付
確認

.....
受講申込み有り難うございます。本申込み用紙にて受付いたします。

_____ 月 _____ 日に受付いたしました。

受付担当者名 :

