**通信教育セラピスト更新認定講座**

**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**

1．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。

＊定員になり次第、締め切りとさせていただきます。

2．更新料10,000円（登録料含む）を当日ご持参ください。

3.　準備の都合が有りますので、お申し込み後の受講キャンセルは**講座開催日の二日前**までにご連絡ください。

･････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

****受講申込み有り難うございます。本申込み用紙にて受付といたします。

受付

確認

　　　　　月　　　日に受付いたしました。

受付担当者名：