

# 受講申込書

枠内すべてを正確にご記入いただき、注意事項にご同意のうえご署名ご捺印ください。

フリガナ		性別	生年月日
氏名	(印)	男 女	西暦 年 月 日 ( 歳)
住所1	〒 □□□□ - □□□□	都道府県	市区町村 区
住所2 (以降の住所)	アパート・マンション名		号室
携帯	- -	ご自宅	- -
FAX	- -	ご職業	
メール	ご連絡用		

<b>申込講座</b> (複数申込可) <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい	<b>リフレクソロジスト講座</b> <input type="checkbox"/> 本科コース <input type="checkbox"/> 短期コース 《 <input type="checkbox"/> 英国式 <input type="checkbox"/> 台湾式》 <input type="checkbox"/> 上級編入
	<b>ボディケアセラピスト講座</b> <input type="checkbox"/> 本科コース <input type="checkbox"/> 短期コース <input type="checkbox"/> 上級編入
	<b>リンパドレナージュ講座</b> <input type="checkbox"/> 短期コース
	<b>バリニーズオイルマッサージ講座</b> <input type="checkbox"/> 短期コース
	<b>マイア色彩心理セラピスト講座</b> <input type="checkbox"/> 本科コース <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級
	<b>トータルリラクゼーションセラピスト講座</b> <input type="checkbox"/> 本科コース <input type="checkbox"/> 短期コース <input type="checkbox"/> 上級編入
	<b>スキルUP レッスン・その他の講座</b> <input type="checkbox"/> [ ]
<b>受講開始日時</b> (又は希望日時)	年 月 日 ( ) 曜日 時 分 ~
<b>お支払方法</b> <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 教育ローン <input type="checkbox"/> 自社割賦 お支払予定日 [お振込の場合は振込予定日、クレジットカードの場合は来校予定日を記入] ____月 ____日

■注意事項 ■ ※ご記入頂いた個人情報は、ゆめみらい株式会社が責任を持って保管させていただきます  
 ※開講後の受講料及び入学金の返金は一切致しかねます。ご都合により受講が不可能となった場合は、別日程にお振替え下さい  
 ※受講期限は初受講日より、短期コース6ヵ月間、本科コース1年間となります。期限を過ぎると受講権利を喪失します

上記の通り申込みます 署名 (印)

お振込先：瀬戸信用金庫 四軒家(シケン)支店 普通 0828722 ゆめみらい株式会社

FAX または郵送にてお送り下さい FAX 番号 052-777-7905

申込受付	入学金	受講料確認	完了通知	会計処理