

FAX送信先 06-6442-1178
姿勢ドクター・ベーシックコース 申込書

フリガナ		性 別	男 ・ 女
参加者 氏名		生年月日	西暦 年 月 日
フリガナ		所属部課	
勤務先			
勤務先 所在地	〒 ー TEL () / FAX ()		
自宅 住所	〒 ー TEL () / FAX ()		
資料 送付先	勤務先 自宅		
連絡先	メールアドレス ※お間違いのないようにご記入ください。 携帯電話番号 () ※平日昼間に連絡のつく連絡先をご記入ください。		
ご希望 コース	姿勢ドクターベーシックコース 東京会場		日程：平成27年7月4日 ・ 5日
	姿勢ドクターベーシックコース 大阪会場		日程：平成27年8月1日 ・ 2日
受講料	通常料金		97,200円(1名・税込)
	早期申込料金		64,800円(1名・税込)
入金予定	希望コースの支払は 月 日に銀行振込で入金します ※振込先は下記をご確認ください。参加料は研修開始1ヶ月前までにお振込ください。		
連絡事項			

※振込先

第四銀行 柏崎支店 (普通)1777776 ナチュラルメディカル(株)
柏崎信用金庫 本店 (普通)0420612 ナチュラルメディカル(株)
注)受講申込者ご本人の個人名でお振込みください。振込手数料はご負担ください。

※参加取消について

参加取消の場合は、研修開講7日前～3日前までは参加料の30%・2日前～当日は参加料全額をキャンセル料として申し受けますのでご了承ください。なお、振込手数料はご負担願います。参加研修(回)の変更もキャンセル料と同額を申し受けます。

※個人情報について

ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会が責任をもって管理し、申し込まれたサービスの的確な提供のために使用するほか、当協会が行う各種セミナー、アンケートのご案内等に利用することがあります。

※ご質問・お問合せ

[こちらからメールでご連絡ください。](#)