

受講申請書（申請・仮申請）

受講を申請いたします。

参加日程 月 日 開催地【 】

ふりがな				性別		
申請者	印			男・女		
職業						
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
住所	〒				都道	府県
電話番号						
e-mail	@					
受講費	振込・全額・頭金（ ）円・預り金（ ）円					
担当推薦者	印			患者・友人・知人・家族 説明会・その他 （ ）		

受講に関する規約事項

1. 上記事項を正確に記入しましたが、本講習会の選考における受講申請日は担当推薦者のサインをもって受講申請日となることを承知いたします。
2. 受講申請日以降私の都合によりキャンセルする場合は、貴会の払い戻し規定に基づくことを承知いたします。
（7日前～当日までのキャンセル料は受講費の30%となります。）
3. 本講習会は受講生の治療ではなく、技術・知識などの習得する為の講習会であることを認識いたします。
4. 整体技術講習中に身体上の障害、あるいは器物破損などの事故が起きた場合は、貴会には一切の責任は無く、個人の責任であることを承知いたします。

【連絡先】

美容カイロプラクティックはびねす 代表：杉山 純子

電話番号：080-3218-3291

〒184-0014 東京都小金井市貫井南町2-3-5 103

