

巻き爪補正ベーシックコース受講申込書

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名

写 真

*スナップ写真でも可

自宅住所 〒 ー (昭・平 年 月 日生)

自宅電話

携帯電話

勤務先名

(経営者 勤務者)

勤務先住所 〒 ー

電話番号

ファックス番号

メールアドレス

※必ず〇印又は具体的にお書きください。

ご職業 医師 看護師 柔道整復師 フットケア技術者 その他 ()

書類、症例結果等をお送りする際、
確実にお受け取り可能な方をお選び下さい。

現在お持ちの技術、資格をお書きください。

ご自宅 勤務先

受講料 ￥

受講希望日 (月 日)

- ※ 下記の口座に受講費用をお振込みください。本申込書の到着とご入金の確認を以ってお申し込みの完了とさせていただきます。尚、一旦納入された受講費用は理由の如何を問わず返還致しませんのでご了承ください。
- ※ ベディグラステクノロジーは(株)ベディグラスに帰属する技術であり、技術者認定等の判断は全て(株)ベディグラスが行います。よって、申込日以降トレーナーに開示した私の個人情報等の事項は(株)ベディグラスと共有する事に同意した上で本申込書を記入の上、提出致します。

<お振込先> 京葉銀行 船橋駅前店 普通 店番121 □座番号9537761 □座名義 マキツメケア・ヨネクラ ヨネクラジュイチ
--

2016.06改定

巻き爪ケア ヨネクラ

住所 〒千葉県稲毛区小中台町1768-3-101

電話 043-206-6632