

# 受講申込書

日本メディカルカイロプラクティック専門学校 学院長 殿



記入日 平成 年 月 日

下記のとおり受講を申し込みたいします。

写真

約3×4cm

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受講コース（どちらかに○をつけてください）

( ) ① 学院長個人指導コース（初心者）

( ) ② 有資格者コース

ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	19 年 月 日	年齢	歳	
現住所	〒□□□-□□□□			
TEL	( )	携帯	( )	
メールアドレス	PC パソコンのメールアドレスをご記入下さい			
	携帯 携帯のメールアドレスをご記入下さい			
現在の職業	例、会社員・学生など	勤務先		
		(業種)		
受講動機(目的)				

資格等	年	月	免許・資格

確約事項	1. 一度支払われた受講料は、如何なる理由でも返却は受けられないことを承諾いたします。 また、解約した場合も返却は受けられないことを承諾いたします。 2. 私は、貴学院で習得した技術・知識に基づき、同様の学校を許可なく開校する意思がないこと及びその目的で受講したものではありませんことを確約いたします。
------	---



日本カイロプラクティック医療協会認定

日本メディカルカイロプラクティック専門学校 個別観