

受講申込書 兼誓約書

城山整体専門学院殿

申込書は受講申込日から全て(学院記入欄以外)ご記入の上ご返送下さい。(FAXで送付後も本書は必ずご返送下さい)
記入にもれがある場合は、受講申込書を受け付けできません。
該当する欄の□にレと()にご記入ください。

教室名

通信教育(本校のみ) 通学 _____ 教室

写真貼付
(3cm×4cm)

Ⓐ 受講申込日	:(西暦)	年	月	日
Ⓑ 振込予定日	:(西暦)	年	月	日
Ⓒ 受講開始予定日	:(西暦)	年	月	日

◆	月生	<input type="checkbox"/> 国の教育ローンを希望する
<input type="checkbox"/> ①リラクゼーション整体科	() 時間コース	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
	<input type="checkbox"/> 全日制1年コース	(4月 10月)
<input type="checkbox"/> ②気功科	<input type="checkbox"/> 通信教育	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
	() 時間コース	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
<input type="checkbox"/> ③リフレクソロジー科	通信教育のみ	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
<input type="checkbox"/> ④催眠療法科	短期集中講座	<input type="checkbox"/> 開業課程 (<input type="checkbox"/> 昼の部 <input type="checkbox"/> 夜の部)
	<input type="checkbox"/> 通信教育	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
<input type="checkbox"/> ⑤レイキ科	() 回コース	<input type="checkbox"/> 開業課程 <input type="checkbox"/> 講師課程 <input type="checkbox"/> セラビ°+マスク
<input type="checkbox"/> ⑥タイ古式療法科	通信教育のみ	<input type="checkbox"/> 基礎課程 <input type="checkbox"/> 開業課程
<input type="checkbox"/> ⑦海外研修科	<input type="checkbox"/> 上海中医薬大学	<input type="checkbox"/> タイ古式マッサージ <input type="checkbox"/> フィリピンヒロット
<input type="checkbox"/> ⑧特別研究科	専攻 () 学	希望学術称号 ()

ローマ字は必ず 記入して下さい。	ローマ字	男 女	生年月日			
	氏名		西暦	年	月	日
住所	〒					
電話番号	()	勤務先				
FAX番号	()	最終学歴				
Eメール						
現在の取得資格名						
受講動機						
将来の希望	<input type="checkbox"/> 独立開業 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> その他()					
参照媒体	<input type="checkbox"/> インターネット(PC 携帯電話) <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> 雑誌()月号 <input type="checkbox"/> 新聞() <input type="checkbox"/> その他()					
教材媒体選択	整体科・気功科(開業課程)・リフレクソロジー科・タイ古式療法科の場合選択して下さい。 <input type="checkbox"/> VHSビデオテープ <input type="checkbox"/> DVD					

<誓約書>

私は案内書、受講申込書をよく確認の上申込みをいたしました。従いまして、振込み後の受講取り消し(中途退学の場合も含む)受講費用、教材費等の返還請求はいかなる場合もしない事を誓約いたします。

また、当学院において上記申込みの学科を受講するにあたり、教本を熟読し、実技練習においては事故防止に万全を期し、安全な実技練習を行う事を誓います。万が一、過失事故等(怪我、筋肉損傷、骨折、精神的障害等)が発生した場合、学院に一切のご迷惑をかけず自己責任により対処する事を誓約いたします。

本書全てを記入後、内容を再確認し、署名、捺印の上、本書をコピーし1通を保持する事を確約いたします。(受講者が20歳未満の方は保護者の署名、捺印が必要です) また、基礎課程を修了された方は損害賠償保険の加入はできませんのでご了承下さい。

西暦 年 月 日 氏名 _____ ㊟

保護者氏名 _____ ㊟

学院 記入欄	受講生NO.	申込受付日 (西暦)	年	月	日
	備考				