

資料請求申込み用紙 FAX 0594-27-1970

平成 年 月 日

印は必須記入項目です。

希望コース	基礎コース・開業コースのどちらかに をつけて下さい。		
	基礎コース	開業コース	
希望学科	希望する学科に をつけて下さい。		
	リラクゼーション整体科	催眠療法士科	タイ古式療法科
	リフレクソロジー科	特別研究科	

ふりがな			男 女
氏名			
住所	〒 -		
TEL		FAX	
Eメール			

備考	
----	--

城山整体専門学院 通信教育センター

〒511-0808 三重県桑名市桜木町301-1(東名阪・桑名東I.C.角)

TEL:0594-24-4822(代) / FAX:0594-27-1970

受講日 火曜日～土曜日(祝祭日は除く) 10:00～16:00