

メディカルハーブ検定認定教室講座 受講申し込み書

ご記入日 20 年 月 日

申込書	
申込講座名/開講日	年 月 日
ふりがな 氏名 ローマ字	
生年月日(西暦)	年 月 日 性別 男 女
ご住所 〒	
TEL	FAX
携帯	
E-mail	
緊急時の連絡先()様 TEL	
ご職業*差し支えなければご記入ください。	
受講にあたり、健康状態など本教室が把握していた方が良いことがあればご記入ください。	

■ご案内期日までに以下のいずれかの方法で受講料をご入金ください■

- 教室での現金またはクレジットカード払い
- 銀行振り込みによる支払 *振込手数料はご負担ください。
 - ゆうちょ銀行からの振替: ゆうちょ銀行 記号:14560 番号:25866091
 - 他銀行からの振込: ゆうちょ銀行 店名:四五八(ヨンゴハチ) 店番:458 種目:普通 口座番号:2586609
口座名義: コウヤクボウ サウ ノリカズ
- クレジットカードによるオンライン決済(ご連絡の取れる E-mail を必ずご記入ください)
ご選択いただいた番号に○をお付けください。ご入金確認後にお席を確保いたします。

■FAX による受付も可能です。ご記入の上、FAX:0742-81-4760 まで送信ください。■

<p>本コース受講申込に際して、以下の通り誓約いたします</p> <ul style="list-style-type: none">上記、受講申込書への記載事項は全て事実と相違ありません。受講規則および下記事項に同意いたします。 <p>本申込書とご入金の確認で正式なお申込みとなります。納入された受講料の返金は原則として承れません。</p> <p>年 月 日 署名 _____ 印 _____</p>
--