

受講申込書

MEC整体・カイロ通信教育センター 御中

申込書記入日 平成 年 月 日

貴センターに受講を申したいします。

ご希望コースにチェックして下さい。

MECベーシックコース

テクニカルコース

ふりがな				性別	
氏名				男 ・ 女	
ローマ字					
生年月日	19	年	月	日	歳
現住所	〒□□□-□□□□				
TEL	()	携帯	()		
メールアドレス	パソコンのメールアドレスをご記入下さい。				
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、当センターで習得した技術・知識に基づき、同様の通信講座を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ない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講座 〒531-0072 カイロプラクティック教育普及会 大阪市北区豊崎3-13-6 ウイング北梅田ビル2F	TEL 06-6486-3611 FAX 06-6373-4517
---	--------------------------------------

MEC整体・カイロ通信教育センター