

入塾申込書

_____年 ____月 ____日

メディカル足柄整体療術師養成塾に入塾します。

受講コース _____ 一般コース _____ 専門科コース _____ プロ養成コース _____

(ふりがな)
住 所 _____ (〒 _____)

(ふりがな)
氏 名 _____ 印 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 ____月 ____日 _____ (____才)

電話番号 (_____) _____ - _____

職 業 _____

(ふりがな)
保護者(未成年のみ) _____ 印 _____

*入塾申込書(本書)と一緒にご用意ください。
個人情報につきましては、当塾の生徒および卒業生の管理にのみ使用します。

住民票(1通) 履歴書(写真貼付) 証明写真(1枚履歴書用とあわせて2枚)

メディカル足柄整体療術師養成塾
神奈川県南足柄市塚原 309