

**オリエンタルセラピスト
スクール受講申込書**

写真(3×4)

〒 160-0001 東京都杉並区阿佐ヶ谷 1 - 4 - 6

TEL 03 - 3311 - 8411

FAX 03 - 3339 - 8577

フリガナ 氏名			生年月日(西暦) 年 月 日 (歳)
			性別 男 女
〒 現住所		TEL FAX 携帯番号	
E-mail	職業	趣味	
受講科目	受講クラス希望日	ご希望のお支払い方法 お振込み 信販、カード ご持参 其他	
当スクールを お知りになった きっかけ	ケイコとマナブ 好きを仕事にする本 □コミ Vee スクール 紹介 () チラシ ホームページ () 雑誌広告 (雑誌名) スクールからの広告 その他 ()		
お持ちいただく もの ・筆記用具 ・身動きのしやすい服装 ・飲み物 ・認定コースの場合の 照明写真を入学後1ヶ月以内 にお持ち下さい。	受講希望の曜日と時間 第1希望 曜日 (時 分 ~ 時 分まで) 第2希望 曜日 (時 分 ~ 時 分まで)		
	卒業後の予定 既に独立や就職先が決まっている 独立希望 転職希望 その他 ()		
	全国セラピストネットワーク登録希望 する しない * 登録は無料です。セラピスト勉強会や就職独立・留学等の情報交換をしています。		
	ご質問やご要望がございましたらご記入下さい。		