



藤原亜季マタニティケアリストスクール

受講申込書

ふりがな 氏名	(姓) (名)	氏名ローマ字	
会員 No		会社名	
住所 Address	〒 - 部屋番号まで正確にご記入ください		
生年月日 Date of Birth	昭和 ・ 平成 年 月 日		
職業 job			
資格 license	医師 看護師 薬剤師 助産師 理学療法士 柔道整復師 鍼灸師 あん摩指圧マッサージ師 管理栄養士 介護士 その他()		
電話 Telephone	() - () - ()		
ファクシミリ Facsimile	() - () - ()		
メールアドレス E-mail	@		
当スクールを知ったきっかけ Trigger			

ご連絡網にメールアドレスを使用致しますので、お間違えのないようにご注意ください。とくに大文字・小文字、半角・全角、アンダーバー、ハイフン、1(いち)、I(エル)などが間違えやすいので、その際はフリガナをお付けいただきますようお願い申し上げます。

受講希望クラス

クラス名	開催日時
婦人科基礎医学クラス	
漢方アロマセラピー基礎クラス	
漢方アロマセラピー応用クラス	
マタニティケアリスト実技クラス	
レディース鍼灸基礎クラス	
マタニティケア鍼灸実技クラス	