健康管理士一般指導員「養成講座」受講申込書

受講生用

私は、下記の個人情報の取扱についてに同意の上、健康管理士一般指導員「養成講座」の受講を申し込みます。
※受講生及び修了生でない方が、養成講座のみに参加することはできません。

◎ 太枠線内の必要事項をもれなくご記入ください

FAX
送信方向

FAX 03-3669-4733

希望クラス （〇で囲む）	・ 福　　岡（1/27開講） ・ 名 古 屋（2/17開講） ・ 東京：平日（3/21開講）　・ 東京：休日（3/24開講） ・ 大　　阪（4/14開講）

フリガナ		印	
ご 氏 名			
受講生番号	2		
ご 住 所	〒　　－		
電 話 番 号	（　　）		
携帯電話番号	（　　）		
E-mail			

◎ 下欄に受講料〔21,600円（税込）〕のお支払方法を選択してご記入ください

□ 銀行振込

月　　日付けで　　銀行　　支店より振込

□（a） ゆうちょ銀行へ
□（b） 三井住友銀行 浅草橋支店へ
□（c） み ず ほ 銀行 横山町支店へ

□ クレジットカード	□VISA □Master □JCB □AMERICAN EXPRESS □Diners Club
カード番号	
有効期限	月 ／　　年
カード名義人	

個人情報の取扱いについて

このお申し込みに際して提供して頂いたお客様の個人情報は、当学院からのご案内ならびにご連絡以外の目的には使用致しません。 また、FAX番号間違い等でトラブルが起こった場合、当学院では一切責任は取りかねますので、ご了承ください。

日本医協学院

＜郵送でのお申込みの場合＞
この申込書に必要事項をご記入の上、下記宛先まで郵送してください
〒103－0004　東京都中央区東日本橋3－2－3　日本医協学院「養成講座」係

◇ FAX番号はお間違いの無いようご注意ください。特にカード番号をご記入の方は、くれぐれもご注意願います。