



## 受講申込書

\*本受講申込書の原本は写真貼付の上、講習会当日にご持参ください。

申込年月日 平成 年 月 日

フリガナ

氏名

写真

\*スナップ写真でも可

自宅住所 〒 ー (昭・平 年 月 日生)

自宅電話

携帯電話

勤務先名

経営者 勤務者 (業種: )

勤務先住所 〒 ー ●勤務先の定休日 ( )

電話番号

ファックス番号

※必ず○印又は具体的にお書きください。

ご職業 医師 看護師 柔道整復師 フットケア技術者 その他 ( )

メールアドレス

書類、症例結果をお送りする際、確実に 現在お持ちの技術、資格をお書きください。  
お受け取り可能な方をお選びください。

ご自宅 勤務先

受講費用

54,000円(税込) 受講日 平成30年3月25日(日)

※ 下記の口座に受講費用をお振込みください。本申込書の到着とご入金の確認を以ってお申し込みの完了とさせていただきます。尚、一旦納入された受講費用は理由の如何を問わず返還致しませんのでご了承ください。

<お振込先>

三菱東京UFJ銀行 新大阪駅前支店 普通口座 0056624

口座名義：株式会社ペディグラス

HP

ペディグラス本校

〒532-0011大阪市淀川区西中島4-11-27 花原第2ビル1階 電話06-6886-5268

(営業時間：AM10:00~PM6:00 定休日：木、日、祝)