



Pediglass Technology®

ペディグラステクノロジー

申込書 1

医師 / 看護師専用足爪補正士コース 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



自宅住所 〒 (昭・平 年 月 日生)

自宅電話 携帯電話

勤務先名 (経営者 勤務者 看護師)

勤務先住所 〒 ●勤務先の定休日 ()

電話番号 ファックス番号

メールアドレス

診療科 (部門)

書類、症例結果等をお送りする際、確実に
お受け取り可能な方をお選びください。

電話連絡を差し上げる際、確実にご連絡がつく
時間帯をご記入ください。

ご自宅 勤務先 午前・午後 時～時 < 携帯・勤務先 >

巻き爪補正ベーシックコース + New アドバンスコース (2日間完結)

「日程 1」よりご希望のお日にちをお選びください。

・平成 年 月 日～ 月 日 162,000 円 (税込)

※医師の監督下にて下肢の治療に携わっていらっしゃる看護師の方も受講頂けます。

専用コース日程以外でのご受講をご希望の方は「各種足爪補正士コース 受講申込書」にてお申し込みをお願いいたします。
※その際、ベーシックコース (1日) と New アドバンスコース (2日間) の受講日は別日 (合計 3 日間) となります事をご了承ください。

※ 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
口座名義人：株式会社ペディグラス

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 FAX06-6886-5285

HP