

< 原本は写真貼付の上、セミナー当日ご持参ください >

申込年月日	年	月	日		
フリガナ		生年	昭和	年	
氏名		月日	平成	月	日
自宅住所	〒	—			
自宅電話			携帯番号		
メールアドレス					
勤務先名				<input checked="" type="checkbox"/> チェック願います	
				<input type="checkbox"/> 経営者	<input type="checkbox"/> 勤務者
勤務先住所	〒	—	勤務先の定休日	()	
勤務先電話			FAX 番号		
職業	医師	看護師	柔道整復師	何らかの技術をお持ちの方は下記にご記入ください (リフレクソロジー等)	
該当に○印	ネイリスト	フットケア技術者	その他 ()		



書類等お送りする際の送付希望先を 願います

ご自宅 勤務先

セミナー内容	受講料 (税別)			受講希望日
	プライベートコース	平日コース	週末コース	
<input type="checkbox"/> ① 巻き爪補正ベーシックコース	70,000 円	35,000 円	30,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ② 割れ爪・匙状爪の補正コース	50,000 円	30,000 円	25,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ③ 陥入爪の補正コース	100,000 円	53,000 円	48,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ④ 爪の根元上げコース	100,000 円	53,000 円	48,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ⑤ 重度の巻き爪補正コース	70,000 円	40,000 円	35,000 円	年 月 日
合計	円			

ご注意事項

※本申込書の到着とご入金の確認を以って申込み完了とさせていただきます。尚、納入後の受講費用は理由の如何を問わず返還致しません事ご了承ください。

お振込先

< 上記金額に別途消費税を加算してお振込みください >

三菱 UFJ 銀行 新大阪駅前支店
普通預金口座 0056624
口座名義人 株式会社ペディグラス
TEL 06-6886-5268 FAX 06-6886-5285

受講申込書

大阪以外の会場
専用申込書

< 原本は写真貼付の上、セミナー当日ご持参ください >

申込年月日	年	月	日		
フリガナ 氏名	生年 月日	昭和 平成	年 月日	写真 スナップ写真可	
自宅住所	〒	—			
自宅電話	携帯番号				
メールアドレス					
勤務先名	<input checked="" type="checkbox"/> チェック願います				
	<input type="checkbox"/> 経営者		<input type="checkbox"/> 勤務者		
勤務先住所	〒	—	勤務先の定休日	()	
勤務先電話	FAX 番号				
職業	医師	看護師	柔道整復師	何らかの技術をお持ちの方は下記にご記入ください（リフレクソロジー等）	
該当に○印	ネイリスト	フットケア技術者	その他（	）	
書類等お送りする際の送付希望先を <input checked="" type="checkbox"/> 願います					
<input type="checkbox"/> ご自宅		<input type="checkbox"/> 勤務先			

セミナー内容		受講料（税別）	受講希望日
<input type="checkbox"/>	① 巻き爪補正ベーシックコース	40,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/>	② 割れ爪・匙状爪の補正コース	35,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/>	③ 陥入爪の補正コース	58,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/>	④ 爪の根元上げコース	58,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/>	⑤ 重度の巻き爪補正コース	45,000 円	年 月 日
合計		円	

ご注意事項

※本申込書の到着とご入金の確認を以って
申込み完了とさせていただきます。
尚、納入後の受講費用は理由の如何を問
わず返還致しません事ご了承ください。

お振込先

< 上記金額に別途消費税を加算してお振込みください >
三菱 UFJ 銀行 新大阪駅前支店
普通預金口座 0056624
口座名義人 株式会社ペディグラス
TEL 06-6886-5268 FAX 06-6886-5285