

< 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
自宅住所	〒		-		写真 スナップ写真可
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			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。		
<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先			午前・午後 時～時 < 携帯・勤務先 >		

セミナー内容	受講料（税別）			受講希望日
	大阪会場		大阪会場以外	
	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	35,000 円	30,000 円	40,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ② 割れ爪・匙状爪の補正コース	30,000 円	25,000 円	35,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ③ 陥入爪の補正コース	53,000 円	48,000 円	58,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ④ 爪の根元上げコース	53,000 円	48,000 円	58,000 円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ⑤ 重度の巻き爪補正コース	40,000 円	35,000 円	45,000 円	年 月 日
消費税	円			
合計	円			

※本コースは、基本グループレッスンとなりますが、プライベートレッスンも受け付けておりますので下記までご相談ください。
※消費税の起算日は、セミナー受講日となりますのでご注意ください。

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 >	お問合せ先
三菱 UFJ 銀行	新大阪駅前支店 普通口座 0056624	TEL : 06-6886-5268
口座名義人	株式会社ペディグラス	