



# 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 2019 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

ご希望の開催日、会場をお選びください。

2019 年 月 日 より 2 日間

大阪 180,000 円  東京  名古屋  福岡 200,000 円

※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受講をご希望の方は [ 受講申込書 ] にてお申し込みをお願いいたします。

※ 本申込書の到着とご入金の確認をも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しませんのでご了承ください。

<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 普通口座 0056624  
口座名義人 株式会社ペディグラス