

FMT整体セラピスト養成学院ホームケアコース 入学願書

お申込日 年 月 日

フリガナ			印	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 写真をお貼り下さい (縦4cm×横3cm) </div>
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (才)			
住所	〒			
電話番号				
携帯電話				
メールアドレス				
携帯メールアドレス				
勤務地または 学校名	名称			
	所在地			
最終学歴				
職歴				
何がきっかけでセラピスト養成学院を知りましたか？				
学費の支払い 希望回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回 <input type="checkbox"/> 6回			

上記事項を漏れなく記入後、FMT整体までご郵送ください。