**フェミニンケアセラピスト・ベーシック講座　受講申込書**

伝統医学応用研究所

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| 生年月日 |  |
| メールアドレス（PCとスマホが別なら両方） |  |
| 電話番号（携帯電話） |  |
| ご住所（郵便番号・住所） |  |
| 職業（勤務先名称・住所・業態） |  |
| 免許・資格・活動内容　　　　　　　　　　　　　　※（　）に取得年をお書きください。 |  |
| 受講動機：（現在の活動、今後の希望する活動を含めご記入ください） |  |
| ご紹介者 |  |

上記を記入の上、講座事務局　femicare0916@gmail.comまでお送りください。審査の結果受講可能となりましたら、秘密保持契約書と振込先をご連絡いたします。