

【申込用紙】

《コース選択欄》 ※複数選択可※

- トムソン教室 (6月・7月・8月・9月・11月・12月)
- クレニオセラピー (6月・7月・8月・9月・11月・12月)
- 臨床&アドバンス・テクニック (東京6月)
- 臨床&アドバンス・テクニック (札幌8月・10月・12月)
- 臨床&アドバンス・テクニック (福岡7月・9月・11月)

写真

最近6ヶ月以内に
撮影のもの。

30mm×40mm

受付月日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏名		S/H 年 月 日 () 歳
ふりがな		
現住所	〒 -	電話番号 ()
職業		
勤務先 (在学名)	所属	
勤務先住所	〒 -	電話番号 ()
E-mail	@	
学歴		
取得免許		
推薦人・紹介者 ※HPを見られた方は氏名にHPと記載		
ふりがな		紹介者ご職業
氏名		

以下の内容をよくお読みになりご了承の上、ご署名ください。

- ・セミナー受講中、実技練習中などに身体の損傷、不調、または物品の損傷が発生しても、対象者やシオカワスクールに損害の請求はいたしません。
- ・各回だけの参加は、技術習得の妨げとなるので、受け付けておりません。全回あつてのセミナー修了とします。
- ・セミナー中(オープンクリニックを含む)にビデオや写真の撮影、テープレコーダー等による録音はいたしません。
- ・セミナーで受講した内容・使用した器具・配布資料・テクニックの名称を第三者に対しセミナーや教室を開く、または営利目的で個人的に教える事はいたしません。
- ・これらを守れない場合は途中退室して頂く場合がございます。

令和 年 月 日

以上の内容を承諾しました。

ご署名 _____