2019年 セミナー申込書

□　頭蓋骨クレニオセラピーセミナー

□　トムソン・テクニック教室

写真

最近6ヶ月以内に撮影のもの。

30mm×40mm

受付月日　平成　　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 (在学校名)	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、または物品の損害が発生しても、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。

・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。

平成　　年　　月　　日

以上の内容を承諾しました。　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿

シ　オ　カ　ワ　ス　ク　ー　ル　オ　ブ　カ　イ　ロ　プ　ラ　ク　テ　ィ　ッ　ク