

# 講習申込書

年 月 日

※は記入必須項目です。

リラクゼーションセンター癒快

FAX 089-986-8020

※ 団体名 グループ名	
※ 代表者名 担当者名	
※ 住所	都道 市区 町 府県 群
※ 連絡先	TEL ( ) - 携帯電話 FAX ( ) -
※ 講習 希望内容 ○をして下さい	※ 1キネシオテーピング療法 4その他治療テクニック 2アクチベーターテクニック【治療対象】 ( ) 3ヒットマッサーテクニック【治療対象】
※ 希望講習日	平成 年 日 ( 曜日)
※ 希望講習場所	都道 市区 町 府県 群
※ 参加人数	大人 ( ) 名 × 5,000円 = 円 学生 ( ) 名 × 3,500円 = 円 合計 円 -注意- 参加人数10名より実施いたします。 テープ及び教材費等は別途料金を頂きます。
備考	

## 振込み先

★ ゆうちょ銀行の場合

記号 16120 番号 1631241 畑中 亮一

★ 他金融機関から振込みの場合

店番 618 口座番号 0163124 畑中 亮一