

一般社団法人 薬膳コンシェルジュ協会 講座申込書

FAX:03-6850-7117

申込日(西暦)

年 月 日

フリガナ				性別	
氏名				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	(西暦)	年	月	日	歳
住所	(〒)	都道府県			
※会報等の送付先					
TEL		FAX			
携帯電話		E-Mail			
勤務先					
職業					
所有資格					
講座名	<input type="checkbox"/> キッチン薬膳コンシェルジュ資格取得講座 [第1期・土曜昼コース]				
	<input type="checkbox"/> 薬膳コンシェルジュ資格取得講座 [第1期・土曜昼コース]				
	<input type="checkbox"/> 薬膳キャリアカウンセリング				
	<input type="checkbox"/> ワンデーレッスン (月 日 イベント名:)				
	<input type="checkbox"/> 薬膳イベント (月 日 イベント名:)				
受講のキャンセル待ち <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない					

未成年の場合、保護者の同意が必要となります。下記をご記入ください。

保護者の氏名		連絡先	
--------	--	-----	--

■お申込方法

1. 講座申込書に必要事項をすべて記入し、協会事務局(03-6850-7117)にFAXしてください。
2. お申込確認をメールまたはFAXでお送りします。確認後7日以内に下記の口座へお振込み下さい。
3. 入金確認後、受講手続完了のご連絡を差し上げます。

■お振込先

※振込み手数料はご本人負担となります。ご了承ください。

銀行名: みずほ銀行 支店名: 銀座支店 口座番号: (普通) 2804746 口座名義: 一般社団法人薬膳コンシェルジュ協会	銀行名: 三菱東京UFJ銀行 支店名: 銀座支店 口座番号: (普通) 0112465 口座名義: 一般社団法人薬膳コンシェルジュ協会
--	--

お預かりした個人情報適切に取り扱い、個人情報の保護に関する法律その他関係法令を遵守します。
詳細は協会サイトの「プライバシーポリシー」をご覧ください、同意の上、お申し込みください。