

セミナー受講申込書

お名前		男・女		男・女
生年月日	T・S・H 年 月 日		T・S・H 年 月 日	
ご勤務先、またはご自宅のご連絡先（複数名受講の場合は代表者の方）				
ご勤務先				
ご住所				
TEL		メール		
受講ご希望のセミナー日程・セミナー内容をご記入下さい				
<input type="checkbox"/> B/S SPANGE 巻き爪ケア 4タイプセミナー 受講料 98,000円				
希望日時		年 月 日()	～	
<input type="checkbox"/> フットケアステップアップセミナー 受講料 28,000円				
希望日時		年 月 日()	～	
<input type="checkbox"/> 巻き爪ケア無料体験セミナー 受講料 無料				
開催日時		年 月 日()	～	
<input type="checkbox"/> その他				

株式会社ゼストグループ まちや接骨院
TEL/FAX 03-3819-0337