

申込日: 20 年 月 日

【 入学願書 】

アーユルヴェーダ基礎クラス 第 期

NPO法人 日本アーユルヴェーダ研究所付属
日本アーユルヴェーダ・スクール 御中

写 真

(3cm x 4cm)

3か月以内に撮影

フリガナ		生年月日(西暦)	性別
氏名	印	年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ローマ字表記 (必須)			
住所フリガナ			
現住所	〒 -		
電話	電話: () 携帯電話: ()	FAX: ()	
メール	PCメールアドレス: @		
	携帯メールアドレス: @		
緊急連絡先	氏名: 続柄: 電話: ()		
職業		資格	※医師、薬剤師、看護師、アロマセラピスト等
支払い方法	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 分割(4・11)	ご入金予定日(一括払及び分割払の1回目): 月 日	
振込先金融機関名	いずれかにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 三井住友 <input type="checkbox"/> 三菱東京UFJ <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 <input type="checkbox"/> 郵便振替		
受講動機 (将来の希望等)			
ビギナーズコース 受講有無	<input type="checkbox"/> 有 (年 月受講) <input type="checkbox"/> 無		
当スクールを 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 当スクールHP <input type="checkbox"/> 友人の紹介 (さん) <input type="checkbox"/> 書籍 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他ご自由にご 記入ください。(任 意)			