

【 入学願書 】

写 真

(3cm x 4cm)

3か月以内に撮影

アーユルヴェーダ応用1クラス 期

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

フリガナ	生年月日		性別
氏名	印	19 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"/> 4分割 <input type="checkbox"/> 11分割	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		
受講動機 (将来の希望等)	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		
その他ご自由にご記入ください。 (任意)			