

社団法人 日本代替医療食品研究会

認定資格講義申込書

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	年 月 日( 歳)
住所	(〒)		
TEL		FAX	
職業		職種	
携帯番号			
携帯 E-Mail			
PC用 E-Mail			
会社名 勤務先			
勤務先 住所	(〒)		
勤務先 TEL			
受講コース	<input type="checkbox"/> サプリニスト 16th ¥260,000 <input type="checkbox"/> 心身補完成分指導士 70講座 ¥250,000 <input type="checkbox"/> 心身補完医療成分指導士 80講座 ¥500,000 <input type="checkbox"/> 認定講師講座 50講座 ¥700,000		
振込先	横浜銀行 桐生支店 店番 943    口座番号 普通 6003522 口座名義 シャ)ニホンダイタイイリョウシヨクヒンケンキュウカイ		

当、講義はお申し込み・入金確認後の受講のキャンセル及び返金は基本的に行っていませんので御了承下さい

平成 年 月 日

氏名