



FAX. 042-627-2420

参加申込書

2017年5月14日の「一指禅気功教室」に参加を希望します。

申し込み日：2017年 月 日

ふりがな	ふりがな	
お名前	ご担当者名（団体などの場合）	
ふりがな		
ご住所 〒		
固定電話（ ） —		
FAX. （ ） —		
携帯電話（ ） —		
E-mail @		
《アンケート》		
ご職業（お持ちの資格）・・・□に✓印をご記入ください（複数可）		
<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> 鍼灸師	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー
<input type="checkbox"/> 自営業	<input type="checkbox"/> 按摩指圧マ師	<input type="checkbox"/> エステティシャン
<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 整体師・気功師	<input type="checkbox"/> アロマ・リフレ
<input type="checkbox"/> 医師・看護師	<input type="checkbox"/> カイロプラクター	<input type="checkbox"/> 美容師
<input type="checkbox"/> 薬剤師	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 学生
<input type="checkbox"/> 柔道整復師	<input type="checkbox"/> トレーナー	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<通信欄>		