

研修申込書

【平成30年度・第1次】

希望研修名に○印をつけて、必要事項をご記入ください

総合研修（初級）コース [第 期] 会場] / 教材セット [要・不要]
※必ずどちらかに○印をつけてください

中級研修 [第 40 期・第 41 期]

上級研修 [第 17 期]

復習研修 初級 [第 期] 会場]
中級 [第 40 期・第 41 期] / 上級 [第 17 期]

ふりがな	_____	年齢	_____	男・女
氏名	_____			
ふりがな	_____			
住所	〒 _____ 都・道 府・県	(アパート、マンション名 部屋番号までご記入ください)		
TEL ()	—	FAX ()	—	
携帯番号		E-mail		
ふりがな	_____			
勤務先	_____			
ふりがな	_____			
勤務先住所	〒 _____ 都・道 府・県			
TEL ()	—	FAX ()	—	
E-mail				

会員 (No.# _____) 非会員 いずれかに○印をつけてください

※中級・上級研修申込者はご記入ください

初級研修 受講年月日 _____ 年 月 日 会場 [_____]
初級認定番号 _____

全国セミナーでの論文発表 [有・無]
_____ 年 月 日 会場 [_____]

申込方法

- 上記申込書にご記入の上、郵便又はFAXにてご送付ください。同時に研修費を下記口座へ郵便振替でご送金ください。
- ご送金の際、払込取扱票の通信欄に、申込み会場名を記入してください。依頼人欄に、研修受講者名を記入してください。
- 申込後、入金の確認が出来次第、研修資料等を送付いたします。
- 各研修・各コースとも、開催2週間前までにお申し込みください。定員になり次第メ切らせていただきます。
- 不明な事がありましたら、研究所へお問い合わせください。
- 振込先→郵便局 □座番号：00730-6-15157
□座名義：加佐ノ岬倶楽部音楽療法研究所

加佐ノ岬倶楽部
音楽療法研究所

〒922-0554 石川県加賀市橋立町ふ23
TEL/FAX 0761-75-2917
http://www.kasanomisaki.net
E-mail info@kasanomisaki.net