

腸リンパセラピスト資格取得講座 受講申込書

事務局 FAX : 03-6413-9674 / E-mail : info@alt-a.jp

注文書が事務局に届き次第、ご請求書を発送いたします。

受講講座名	腸リンパセラピスト資格取得講座		
申込日	西暦	年	月 日
受講料 どちらかに○を ご記入ください	■ ALTA 会員 64,000 円 (税別)		
	■ 一般 64,000 円 (税別) +11,000 円 (入会金 & 年会費)		
認定スクール または指導者名			
名前			ALTA 会員番号
住所	〒		
連絡先			
E-mail			
受講日			
<p>資格取得後は ALTA のホームページ「腸リンパセラピスト資格者一覧」に 情報を掲載しますか？</p> <p style="text-align: center;">はい いいえ</p>			
名前	サロン名		
連絡先			
E-mail			
住所	〒		
HP/URL			

※個人情報の取扱いについて。

ご記入いただいた情報は講座の実施のために活用し、それ以外の目的には一切使用いたしません。