



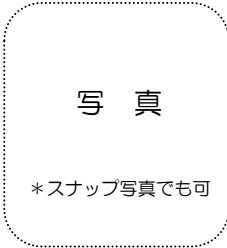
Pediglass Technology®

受講申込書

※本受講申込書の原本は写真貼付の上、講習会当日にご持参下さい。

申込年月日 年 月 日

フリガナ
氏名



自宅住所 〒 - (昭・平 年 月 日生)

自宅電話 携帯電話

勤務会社名 (□経営者 □勤務者)

勤務先住所 〒 -

電話番号 ファックス番号

メールアドレス

現在お持ちの技術、資格をお書き下さい。

書類、症例結果等をお送りする際、
確実に受け取り可能な方をお選び下さい。

ご職業 ※必ず○印、または具体的にお書き下さい

医師 看護師 柔道整復師 フットケア技術者 その他 (□ご自宅 □勤務先)

受講内容	受講料	受講日
<input type="checkbox"/> ①巻き爪補正ベーシックコース	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ②割れ爪・匙状爪補正コース (巻き爪補正ベーシックコース 年 月受講済)	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ③陥入爪の補正コース (巻き爪補正ベーシックコース 年 月受講済)	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ④爪の根元上げコース (陥入爪の補正コース 年 月受講済)	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ⑤重度の巻き爪補正コース (陥入爪の補正コース 年 月受講済)	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> トゲ抜きセミナー (医師/看護師限定)	円	年 月 日
合計金額	円	

※ 下記の口座に受講費用をお振込みください。本申込書の到着とご入金の確認を以ってお申し込みの完了とさせていただきます。尚、一旦納入された受講費用は理由の如何を問わず返還致しませんのでご了承ください。

※ ペディグラステクノロジーは(株)ペディグラスに帰属する技術であり、技術者認定等の判断は全て(株)ペディグラスが行いよって、申込日以降トレーナーに開示した私の個人情報等の事項は(株)ペディグラスと共有する事に同意した上で本申込書提出致します。

< お振込先 > 京葉銀行 船橋駅前支店 店番121 普通口座：9537761
名義：マキツメケア・ヨネクラ ヨネクラジュイチ

巻き爪ケア ヨネクラ 〒263-0044

2019.06改定

千葉県千葉市稲毛区小中台町1768-3-101 TEL043-206-6632 FAX043-290-8876