

吉野マッスルセラピストスクールセミナー申込書

FAX：0725-46-1257（吉野マッスルセラピストスクール事務局 行）

お申込日 平成 年 月 日

お名前	フリガナ	男 女
ご住所	〒	
TEL		携帯 TEL
*受講申し込み内容について、こちらから確認のためのメールをさせていただきます。携帯またはスマートフォンの場合はパソコン（info@ymc-lab.com および yoshino_myocare@yahoo.co.jp）からのメールが受信できるようあらかじめ設定してください。		
E-mail	* 文字は崩さず、はっきりとご記入ください。	
免許	<input type="checkbox"/> 鍼灸 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> あん摩 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 一般	
コース	<input type="checkbox"/> プロフェッショナルコース（講義と実技の1日コース） <input type="checkbox"/> 筋臨床運動学講義のみ <input type="checkbox"/> 継続（全13回）受講を希望する（特典：テキスト無料進呈） <input type="checkbox"/> 単発受講を希望する <input type="checkbox"/> 筋臨床運動学テキストを購入する（本体8,000円＋税） <input type="checkbox"/> 筋臨床運動学テキストを購入しない <input type="checkbox"/> マッスルセラピスト養成塾	
* 会員のみご記入ください 第_____期（ _____ ）コース修了（最終受講セミナー）		
当セミナーを何で知りましたか		
* プロフェッショナルコースを受講される方への重要な確認事項 当セミナーでは実技で解説部分の撮影を行い、その映像をDVDでの販売や動画サイトへ一部無料で公開しています。カメラワークにより受講生が画面に映りこむことがありますので、顔出し不可を希望される先生は必ず申請してください。また、カットを希望される先生はセミナーでモデルへの立候補は遠慮していただきますことをご了承ください。 <input type="checkbox"/> カットおよびモザイクを希望する		
その他ご質問など		

FAX:0725-46-1257

くれぐれもお間違えのないように送信ください。

