

リンパケアエキスパート 受講申込書

名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 携帯電話 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_ ライン 可 ・ 不可

## 協会養成講師 受講申込書

名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 携帯電話 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

メール \_\_\_\_\_ ライン 可 ・ 不可

認定講師 \_\_\_\_\_

ゆうちょ銀行

TokyoOsaka リンパホルミシスケア協会

記号 14000

番号 51296061

注意：協会名の文字数が多いため、ATMの振込の際、記号・番号が正しくても協会名が正しく表示されない場合があります。協会名が正しく表示されていなくても振込はできます。

なお、ご不明な点は協会事務局までお問い合わせください

振込領収書添付