

マタニティ & 産後ヨガインストラクター養成 35Hour Creation course

この度は、コベヨガ神戸六甲スタジオ KID インストラクター養成コースをお申し込みいただき誠にありがとうございます。下記、必要事項をご記入いただき、同エントリーシートを郵送またはスタジオ受付にご提出ください。

<エントリーシート送付先>

〒657-0029 神戸市灘区日尾町 3-3-25 村川商店ビル B1F

コベヨガ 神戸六甲スタジオ

KID インストラクター養成コース事務局宛

TEL: 078-842-1159

本用紙の受け取り後、コベヨガより振込口座をご連絡させていただきます。受講料のご入金により、「お申込手続き完了」となります。1 週間以内に入金のない場合はキャンセル扱いとなりますのでご了承ください。

コース名		顔写真をお貼り ください
コース名： <u>マタニティ & 産後ヨガインストラクター養成コース</u> <u>35Hour Creation course</u> ● 2010 年 月 日 () スタート		
準備コースの受講希望： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
お名前・性別 (ご記入ください)		
フリガナ (ローマ字表記)		
氏 名・性別		男 ・ 女
ご連絡先 (ご記入ください)		
ご住所	〒	
Email	@	
Tel:	携帯電話:	Fax:
生年月日	ご職業	ヨガ歴
西暦 年 月 日 (歳)		年 ヶ月
緊急時連絡先 (事故等が起こった際の緊急時に連絡のとれるご本人以外の連絡先を必ずご記入ください)		
氏名	続柄	
Tel	携帯電話	
コベヨガに通われたことがありますか？ (ある方は会員番号を必ずご記入ください)		
<input type="checkbox"/> ある 会員番号：		
<input type="checkbox"/> ない		

