

コベヨガ KID 全米ヨガアライアンス RYT インストラクター養成

200 時間コース

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、コベヨガより今後の手続きについて、PC メールにて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。指定日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： 全米ヨガアライアンス 200 時間 TTC ● 2012 年 月 日 () スタート 希望コース：神戸六甲 <input type="checkbox"/> 日曜日コース <input type="checkbox"/> 木曜日コース 京都三条通 <input type="checkbox"/> 日曜日コース <input type="checkbox"/> 水曜日コース		
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	@ ※PC メールにて連絡を入れますので、必ず受信できるように設定をお願いします。	
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		
受講費お支払い方法		
<input type="checkbox"/> 現金一括支払い <input type="checkbox"/> 分割支払い		

