

(NPO)母子整体研究会 セミナー開催希望申込書

※できるだけ全ての項目にご記入(または該当する項目に○)下さい。

【申込情報】		＜3日間用＞						
種別	①入門+基礎(編)+べびいケア ②基礎(編)+基礎(編)+べびいケア ※①②いずれかに○をしてかっこ内に希望課程をご記入ください。							
様式	施設限定(お勤め先のスタッフのみ)・関係者限定(お知り合い)・公開							
※入門・べびケア 初受講6名、(妊) 基礎初受講4名の 氏名・電話番号を ご記入下さい。 ※お申込予定者 が書ききれない場 合は、別紙にてお 知らせ下さい。	お名前	セミナー種別	電話番号					
	1)							
	2)							
	3)							
	4)							
	5)							
	6)							
	7)							
	8)							
	9)							
	10)							
【ご担当者様情報】								
お名前								
TEL/FAX	TEL	FAX						
E-mail								
【希望日】 (例、1/1(日)基礎分娩・1/2(月)基礎産褥/1/3(火)べびいケアなど)								
第一希望	月	日()	/	月	日()	/	月	日()
第二希望	月	日()	/	月	日()	/	月	日()
第三希望	月	日()	/	月	日()	/	月	日()
【セミナー会場】 決定していない場合は、都市名の記入をおねがいします。								
会場名								
住所								
TEL/FAX	TEL	FAX						
広さ(畳)								
利用時間								
入室可能時間								
最寄駅								
ご要望などありましたら、お書き下さい								
事務局記入欄								
<input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> スタッフ希望 <input type="checkbox"/> HP掲載 <input type="checkbox"/> HPカレンダー掲載 <input type="checkbox"/> カレンダー								