



Pediglass Technology®

# ベーシックコース受講申込書

申込年月日 西暦 年 月 日

写 真

\*スナップ写真でも可

フリガナ  
氏名

自宅住所 〒 - ( 昭・平 年 月 日生)

自宅電話

携帯電話

勤務先名

(  経営者  勤務者 )

勤務先住所 〒 -

電話番号

ファックス番号

メールアドレス

※必ず○印又は具体的にお書きください。

ご職業 医師 看護師 柔道整復師 フットケア技術者 その他 ( )

書類、症例結果等をお送りする際、  
確実に受け取り可能な方をお選びください。

現在お持ちの技術、資格をお書きください。

ご自宅  勤務先

受講料 ￥

受講日 ( 月 日 )

※ 下記の口座に受講費用をお振込みください。

本申込書の到着とご入金の確認を以ってお申し込みの完了とさせていただきます。

尚、一旦納入された受講費用は理由の如何を問わず返還致しませんのでご了承ください。

<お振込先>

銀行名：多摩信用金庫

支店名：砂川支店

座番号：普通 0565285

座名義：オオクボセイコツイン オオクボマナブ

おおくぼ整骨院（立川巻き爪スクール・巻き爪レスキュー立川）

東京都立川市一番町2-36-48 042-569-6124