

コースお申込書

お名前		フリガナ	
生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
住所	〒		
電話番号		ヨガ歴 指導歴	
メールアドレス	(info@gravity-yoga.jp から受信できるよう設定ください)		
緊急連絡先	フリガナ お名前	電話番号	続柄
勤務先・学校名			
お申込みコース	<input type="checkbox"/> ヨガインストラクター総合コース <input type="checkbox"/> メディカルグラヴィティヨガインストラクターコース		
取得資格 (ヨガ以外も可)			
受講の動機	<input type="checkbox"/> ヨガに興味がある <input type="checkbox"/> ヨガインストラクターとして活動したい <input type="checkbox"/> 医療や治療の仕事に活かしたい <input type="checkbox"/> その他 ()		
コースを知ったきっかけ (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 学校からの紹介 <input type="checkbox"/> グラヴィティヨガ協会のHPを見て <input type="checkbox"/> メール・DM <input type="checkbox"/> 雑誌・広告 () <input type="checkbox"/> 知人の紹介 () <input type="checkbox"/> ご案内チラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			
【キャンセルポリシー】 ・定員になり次第締切りとなります。 ・お申込受付後、お申込金 ¥ 30,000 のご入金をもって正式に受理させていただきます。 ・開催日 30 日前の時点で最低遂行人員に達して無い場合は、延期となる場合がございますのでご了承ください。 【お申込後のキャンセルに伴うご返金に関して】 開催の 45 日前までのキャンセルは、全額ご返金（振込手数料必要） 開催の 44 日前～30 日前までは、半額のご返金（振込手数料必要） 29 日前～開催日当日までのキャンセル及び、お申込み時の ¥ 30,000 につきましては、理由を問わずご返金は致しかねます。日程的な理由でキャンセルをお考えの方は次期スケジュールへの変更も可能ですのでご相談ください。			
申込み日： 年 月 日	ご署名：		

一般社団法人グラヴィティヨガ協会 〒541-0054 大阪府大阪市中央区南本町 2-4-16 デビスビル 3 階
 T E L : 06-6484-7314 F A X : 06-6484-7315

