

入学願書

Oriental
Academy for the professional massage

申込日 平成 年 月 日

ふりがな

氏名

印

生年月日 年 月 日 (満 歳)

ふりがな

住所

〒

電話

携帯

メール

現職業

希望コース(希望するコースを○で囲んでください)

トップセラピストコース

メンズエキスパートコース

レディースエキスパートコース

短期集中レディースコース

支払い方法(希望する方法を○で囲んでください)

一括払い

分割払い(ご希望の方は別途ご相談ください。)

お預かりした個人情報は個人情報保護法を順守し適切に取り扱います。

↓↓入学願書送付先↓↓ ※郵送またはFAXにてお送りいただくか直接当スクールまでお持ちください。

〒150-0044 東京都渋谷区円山町3-5 道玄坂SSDビル4F オリエンタルアカデミー宛

TEL:03-5428-5130 FAX:03-5459-7866