

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

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(ご相談ください)

送付先住所 ※郵送またはFAXにてお送りください。

〒107-0061 東京都港区北青山2-7-19 コヤノビル5F オリエンタルアカデミー宛
TEL:03-3478-5150 FAX:03-3405-2980

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。