

NPO法人九州補完代替医療協会 クリニカルアロマスペシャリスト入学願書

※全項目楷書体で記入すること

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

写真/Photo
(3ヶ月以内)

ふりがな _____
氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

性別 男・女

現住所 〒 _____ メールアドレス _____

自宅電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

職業 _____ 勤務先名称 _____

勤務先住所 〒 _____

勤務先電話番号 _____ 勤務先FAX番号 _____

緊急連絡先住所 〒 _____ 緊急連絡先電話番号 _____

学歴（高卒以降）及び職歴

_____ 年 _____ 月

_____ 年 _____ 月

資格・免許

_____ 年 _____ 月

_____ 年 _____ 月

当校を知ったきっかけ

ホームページ リーフレット 知人の紹介 新聞・雑誌（ _____ ）

その他（ _____ ）

志望動機

フランス研修への参加を

希望する

希望しない

入会申込書

(フリガナ)		生年月日(西暦) 年 月 日
氏名		(歳) 性 別 男 ・ 女
現住所	〒	TEL () FAX () 携帯TEL
e-mail		当社からのメール情報をご希望になりますか? はい いいえ
職種	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他()	
趣味・特技		
当スクールをお知りになったきっかけ	<input type="checkbox"/> 卒業生/友人/知人の紹介 <input type="checkbox"/> ワンデーセミナー <input type="checkbox"/> 大賀薬局チラシ <input type="checkbox"/> 当スクールホームページ <input type="checkbox"/> 当スクール卒業生の紹介 <input type="checkbox"/> ケイコとマナブnet <input type="checkbox"/> 資格と仕事net <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> スクールからのDM <input type="checkbox"/> その他()	
確認事項	<p>1.クーリングオフについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 本書面を受領した日を含む8日間は書面により無条件に役務提供契約のお申し込みの撤回を行う(クーリングオフという)ことができます。 ・ クーリングオフの効力は、当該契約の解除にかかわる書面を発言した時から生じます。また、既に代金を支払われている場合は当校よりその金額をすみやかに返金致します。 <p>2.中途解約について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ クーリングオフ期間経過後、下記の場合に中途解約を行うことができます。受講者からの解約の申し込みがあった日当日から3日以内に契約を終了することとします。 ・ 契約時の返金ルールとして入学金は無料のため対象外となります。 受講料の返金は未受講分20%を違約金として徴収し残金は返金致します。 教材費は返金対象外です。 <p>中途解約に応じるケース</p> <p style="padding-left: 20px;">転勤・長期入院等により学習継続が困難と判断できた場合。</p>	
NPO法人九州補完代替医療協会 福岡県福岡市中央区天神1-4 大丸デパート 東4F アントレ内 メールアドレス: info@ka-ca.org		