

2015年 ムーブメント教育・療法の新しい風を吹かそう！

大阪ムーブメント教育研究会10周年記念 & 関西ムーブメント教育研究会設立記念大会

参加申込書

記入日： 月 日

※楷書ではっきりご記入ください。

ふりがな 氏名	-----	男 ・ 女	受付番号 (事務局用)
自宅住所	〒		
電話	— —	自宅・勤務先	
FAX	— —	自宅・勤務先	
携帯電話番号	— —		
メールアドレス	パソコンアドレス		
	----- 携帯アドレス		
勤務先名称 (職種等)	職種・経験年数()年		
会員登録	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 会員の方()		<input type="checkbox"/> 初めての受講
受講料	<input type="checkbox"/> 29日参加 <input type="checkbox"/> 30日参加 <input type="checkbox"/> 両日参加		円
ムーブメント教育・療法指導者資格をお持ちの方は、種類と取得年を明記してください。 <input type="checkbox"/> 初級資格 <input type="checkbox"/> 中級資格 <input type="checkbox"/> 上級資格 《 年に取得》 《 年に取得》 《 年に取得》			

◎大阪ムーブメント教育研究会では、『個人情報の保護に関する法律』及び関連法令等を遵守し、この申込書の内容は、受講関係事務処理のためにのみ使用させていただきます。

受講のお申込みは、下記事務局まで、FAX(又は郵送)してください

※定員になり次第しめきります。(ご了承下さい)

♪申込み先：〒589-0023 大阪府大阪狭山市大野台1-30-1

大阪ムーブメント教育研究会 代表 高井照隆

TEL 090-9995-5223 FAX 072-367-0713