

入学願書

フリガナ		生年月日			
氏名		昭和 年 月 日 (才)			
電話番号		携帯番号			
現住所					
本籍					
最終学歴	昭和・平成 年 月			卒業	
勤務先名		職種		Tel	
希望コース	足反射区科リフレクソロジー ・ 伝統整体科				
入学希望日	月頃	全日コース ・ 夜間コース			
認定後の希望	就職 ・ F C 開業 ・ 独立開業 ・ その他 ()				
支払い方法	一括 ・ 2回 ・ 3回 ・ インターン払い				
志望動機					
入学日 平成 年 月 日					
東京フットワン公認療術師 修了日 平成 年 月 日					
修了証番号 第 号					
開業 認定日 平成 年 月 日 開業認定番号 第 号					

* 太枠の中は記入しないで下さい

東京フットワン附属学院

群馬県前橋市千代田町 2 - 10 - 2 フットワークステーション 100

TLE 027-896-0473 / FAX 027-289-4402