03-3345-3801 FAX専用 YMCベビーカレッジ行き

ベビーセラピストカレッジ
申込書

YMCメディカルトレーナーズスクール
NPO法人　日本予防医学療術協会認定校

氏名	(フリガナ) 印	(性別) 男 ・ 女
ローマ字		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（　　歳）	
現住所	(フリガナ) 〒	
TEL		
携帯TEL		
FAX		
E-mall		
YMCを知ったきっかけ	ケイコとマナブ（本） ・ ケイコとマナブ（ネット） ・ Yahoo ・ HP ・友人紹介 ・ mixi ・ その他（　　）	

■講座申込選択表

黒色ボールペンにてご記入ください。
印鑑はシャチハタ等のゴム印は使用できません

※受講コースを下記の選択肢の中からお選びください。

通常クラス

スタート日：　　月　　日（　　）　　校舎：　　校

参加クラス：

※例：横浜土日コース

□チャイルドボディセラピストコース（ベビーマッサージのみ）
□トータルチャイルドボディセラピストコース（全コース）
□チャイルドインストラクター養成コース（全コース＋共通学科19コマ）
□科目選択単科受講（ベビーマッサージ修了者対象。下記から選択）

選択科目

ベビーヨガ ・ 赤ちゃんサイン ・ 乳幼児食育マインド ・ チャイルドカラー＆アートヒーリング

【お振込先】
みずほ銀行　横浜東口支店
普通口座　2035007　カ)ビジョナリー・ライズ

▲お申し込み後7日以内に上記口座までお振り込み下さい。お振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。

Your Motivation Creates
YMC メディカル トレーナーズ スクール