



巻き爪・陥入爪・肥厚変形爪・足のこと

CLIP-ÖN!
http://www.makizume-clip-on.com

受講申込書

クリップオン本部
〒330-0062
さいたま市浦和区仲町2-17-1
TEL0120-428-070
FAX03-6800-5221

おなまえ _____ 生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 〒 _____

ご住所2 _____ 建物名称等 _____

ご連絡先 _____

勤務先名称 _____

メールアドレス _____

○印をするかその他欄に詳しくお書き下さい

ご職業 医師・看護師・柔道整復師・フットケア技術者・その他 (_____)

他の巻き爪補正のディプロマをお持ちの方は受講料金が50%割引になります。(2コースのみ)受講したことのわかるものを添付して下さい。

ご希望の受講コースに○を願います	受講料金	受講希望日
1 TYPE-Aコース (内容・巻き爪・重度の巻き爪) (スタートコース)	30,000円 (税別)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
2 TYPE-Bコース (内容・巻き爪・陥入爪・根元上げ・割れ変形爪・補整器具を横方向に使った補整方法)	50,000円 (税別) (他資格保有25,000円)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
3 ネイルリペアコース	50,000円 (税別)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
4 フットケアコース	50,000円 (税別)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
5 育成会員受験コース	150,000円 (税別)	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
備考 (既に受講したコースのある場合にはご記入下さい)		税込合計金額 _____ 円

教材込み金額です。教材には、①クリップオンガイドスノート②テキスト③巻き爪補整器具左右各2個ずつ④プラスチックトレイ1枚⑤誓約書⑥会員お申し込み書が含まれます。(内容については予期無く変更する場合がございます)

身分証明書・他のディプロマ等添付のりしろ

お支払い方法に○をお願いいたします。

- 1 当日 現金又はカード
- 2 事前お振り込み

お振り込み先

楽天銀行 第一営業支店 (251)
普通口座 7618544
振り込み名義 クリップオン

※顔写真付き証明書添付をお願いいたします。
写真のない証明書の場合には、受講当日デジタルカメラにて写真撮影をさせていただきますこと予めご了承ください。
(身分証明書は必ず添付して下さい)