

レイキ伝授セミナー申込願書

創 健 療 術 師 会 殿

令和 年 月 日

私儀、_____は貴会主催レイキ伝授セミナーを受講致したく

署名捺印の上申込致します。

申込にあたり貴会の指導を守り最後まで受講することをお誓い致します。

受講申込書

ふりがな			
氏名	印	生年月日	
住所	〒		
電話番号		職業	
資格・特技			
受講項目	受講する項目にチェックして下さい。		受講費
● ファーストディグリー	<input type="checkbox"/>		70,000円
● セカンドディグリー	<input type="checkbox"/>		30,000円
● サードディグリー	<input type="checkbox"/>		80,000円
● ティーチャーディグリー	<input type="checkbox"/>		
※ファーストディグリーとセカンドディグリーはセットでの受講となります。			
希望受講日	※ファーストディグリーの希望日のみ記載してください		
	第一希望日	月 日 曜日	
	第二希望日	月 日 曜日	
	第三希望日	月 日 曜日	