

音楽療法セッション講習会【参加お申込書】

- ◎下記に必要事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送してください。
- ◎この用紙1枚で2名までお申し込みできます。(2名以上お申し込みの場合は、コピーなど複写してご記入されても構いません。)
- ◎お申し込み受付後、当センターから受講票を郵送いたします。受け取り可能な宛先・ご住所をご記入ください。

郵送 〒064-0914 札幌市中央区南14条西11丁目1-3 FAX (011) 533-7385 ※お間違いの無い様にご送信ください。

1人目

▼受講希望会場・日時

高齢者領域	函館市 ・ 旭川市 ・ 帯広市 ・ 札幌市	平成30年 月 日
障がい児(者)領域	函館市 ・ 旭川市 ・ 帯広市 ・ 札幌市	平成30年 月 日

ご氏名	ふりがな	年齢	性別 女・男	郵送先住所	自宅・勤務先 (〒 -)	
勤務先				ご連絡先	① 自宅・携帯・勤務先・FAX	② 自宅・携帯・勤務先・FAX
領収書	・希望する(宛名) ・希望しない				E-mail(ご記入可能な方のみ)	

備考欄	開講当日に質問したい事や確認事項がありましたらご記入ください。
-----	---------------------------------

【個人情報の取り扱い】お送り頂いた個人情報は、今回の講座のためだけに利用し、本人の承諾なしに第三者に開示することはありません。

2人目

▼受講希望会場・日時

高齢者領域	函館市 ・ 旭川市 ・ 帯広市 ・ 札幌市	平成30年 月 日
障がい児(者)領域	函館市 ・ 旭川市 ・ 帯広市 ・ 札幌市	平成30年 月 日

ご氏名	ふりがな	年齢	性別 女・男	郵送先住所	自宅・勤務先 (〒 -)	
勤務先				ご連絡先	① 自宅・携帯・勤務先・FAX	② 自宅・携帯・勤務先・FAX
領収書	・希望する(宛名) ・希望しない				E-mail(ご記入可能な方のみ)	

備考欄	開講当日に質問したい事や確認事項がありましたらご記入ください。
-----	---------------------------------

【個人情報の取り扱い】お送り頂いた個人情報は、今回の講座のためだけに利用し、本人の承諾なしに第三者に開示することはありません。