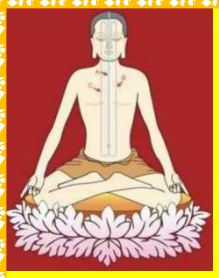
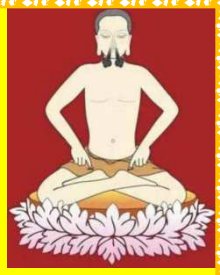
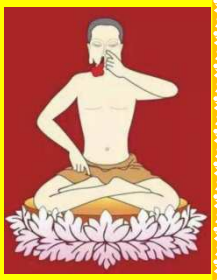



特別師範訓練
秘伝気功教室
受講申込書

申込日＿＿＿年＿＿月＿＿日＿＿＿（管理番号：　　）

（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿



氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

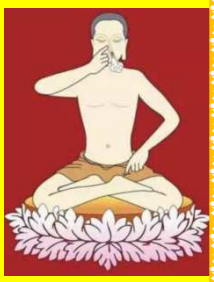
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受講動機　□独立開業　□資格取得　□自身の健康

希望訓練



北千住：□　師範訓練日曜日　□　師範訓練水曜日

新中野：□　秘伝気功教室土曜日（師範受講者無料）

支払方法　□一括払い（銀行振込）　□分割払い

振込先：　きらぼし銀行　中野支店　普通5003880

一般社団法人　全日本養生協会　代表理事　梁蔭全

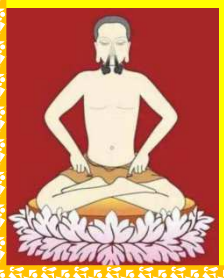
入学希望日＿＿＿年＿＿月＿＿日

確認事項

入学に際しては、次のことをご了承のうえ、お申込み願います。

① 当学院の授業では、直接身体に触れるようなことは一切ありません。

② 授業中の個人の健康管理は、全て自己責任でお願い申し上げます。
授業中に発生した事故、病気、けがなどに対しては誠意をもって
応急処置等を行いますが、その後の一切の賠償責任等は負いかね
ますのでご了承ください。



連絡先：梁蔭全気功事務所（受付日：　　）

TEL：03-3229-3136　　FAX：03-6382-7778

メール：ryankikouj@gmail.com

公式 HP：http://www.ryankikou.com