

◆ 必要事項をご記入の上、下記のいずれかの方法でお申し込みください。

FAXの場合:06-4866-5881

E-Mailの場合:seminar@pcp1996.com

郵送の場合:〒532-0003 大阪府大阪市淀川区宮原1-6-1新大阪ブリックビル3F口

## シニアトレーナー養成コース 申込書

|  |                              |    |       |
|--|------------------------------|----|-------|
| フリガナ<br>氏名   |                              |    |       |
| 生年月日   | 年 月 日 ( 歳 )                  | 性別 | 男 ・ 女 |
| ご自宅  |                              |    |       |
| 住所 〒   | -                            |    |       |
| TEL  |                              |    | FAX   |
| 携帯   |                              |    |       |
| Eメール   | (PC)                         | @  |       |
|  | (携帯)                         | @  |       |
| ■ スポーツ歴  |                              |    |       |
| ■ 備考   |                              |    |       |
| ■ ご紹介者   | 様 (※ご紹介者がいらっしゃいましたら、ご記入下さい。) |    |       |
| ■ 講習修了後、どのように活かして行くご予定ですか？   |                              |    |       |
|  |                              |    |       |
| シニアトレーナー養成コース 開催日  |                              |    |       |
| 希望の日程にチェックをお願いします。   |                              |    |       |
| <input type="checkbox"/> 第三期 : 2018年1月15日(月) 14:00~16:30 (4月終了予定) 締め切り: 1月8日 |                              |    |       |