



Pediglass Technology®

巻き爪補正セミナー受講申込書

※本受講申込書の原本は写真貼付の上、講習当日にご持参ください

申込年月日 年 月 日

フリガナ
氏名

写真

※スナップ写真も可

自宅住所 〒 (昭・平 年 月 日生)

自宅電話 携帯電話

勤務会社名

勤務先住所 〒

勤務先電話番号 FAX番号

メールアドレス

※必ず○印、又は具体的にご記入ください

ご職業 医師・看護師・柔道整復師・ネイリスト・その他 ()

書類や症例結果をお送りする際、確実にお受け取り可能な方をお選びください

ご自宅 勤務先

現在何らかの技術をお持ちでしたらお書きください
(フットケア資格や、他の巻爪施術資格等)

受講内容	受講料	受講日
<input type="checkbox"/> ①巻爪ベーシックコース	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ②割れ爪・匙状爪補正コース	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ③陥入爪の補正コース	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ④爪の根本上げコース	円	年 月 日
<input type="checkbox"/> ⑤重度の巻き爪補正コース	円	年 月 日
合計金額	円	

下記の口座に受講費用をお振込みください。本申し込み書の到着とご入金の確認をもってお申込みの完了とさせていただきます。

振込先 銀行：住信SBIネットバンク
支店：法人第一支店
口座名義：ネイルメディックス（カ）
口座：普通 1373306