

健康力アップセミナー受講申込書

申込 FC院	KCSセンター	申込日	平成	年	月	日
開催日	平成	年	月	日	～	日
		会場				

ふりがな		年齢		性別		喫煙・禁煙 ご宿泊の際の情 報を提供下さい。			
受講者氏名				男・女					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	紹介者氏名				
	※本書類記載について本人の了承の上ご記入下さい								
ふりがな									
郵便番号	<table border="1"> <tr> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>						□□□□	-	□□□□
□□□□	-	□□□□							
住所	都・道 府・県								
電話番号				受講回数					
携帯番号				<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (1回目受講日 年 月) <input type="checkbox"/> 3回目以上					
参加目的	<input type="checkbox"/> 技術を勉強したい <input type="checkbox"/> 健康になりたい <input type="checkbox"/> KCSを詳しく知りたい <input type="checkbox"/> その他 ()								
パートナースタッフ登録	<input type="checkbox"/> 登録済 ※登録証を当日提示して下さい。 <input type="checkbox"/> 未登録								
これまでKCSセンターでの施術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> KCSセンター () <input type="checkbox"/> ない								
※ 質問事項や、開催責任者へ伝えたいことがありましたらご記入下さい									
※ 過去に受けられた説明会やセミナー等ありましたらご記入下さい。(開催日時、開催地区、内容等)									

KCSセンター使用欄

申込書受付日	入金確認日			

- この書面内の個人情報は、上記表題の為に使用します。
- お預かりした個人情報は、宿泊予約をとる際に、開催責任者が指定する宿泊先施設に提供いたします。
- お預かりした個人情報は、お客様への資料送付、お客様に有益と思われるサービス・商品情報送付、アンケートの実施、統計資料作成のため当セミナーの共催FC院及びKCS—FCのフランチャイザーである株ネットで共同利用いたします。
- セミナー開催中にお客様のご紹介者を通じて、口頭及び書面にてアンケートをとらせて頂きます。その情報は当セミナーの運営に活用させていただきます。
- 個人情報をご提供いただけない場合、受講ができないことがあります。

「個人情報に関する相談窓口」

KCSセンター大阪/福島院 個人情報窓口
 電話番号：(06)-6458-9023
 FAX：(06)-6458-9057
 メールアドレス：osakafukushimain@nifty.com

株ネット 個人情報窓口
 電話番号：(086)435-2204
 メールアドレス：privacy@netcorporation.jp
 株ネットURL：<http://www.netcorporation.jp>