

《 関西地区 》 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"/> 健康になりたい <input type="checkbox"/> カイロプラクティックを詳しく知りたい <input type="checkbox"/> 技術を勉強したい <input type="checkbox"/> アシスタントに興味がある <input type="checkbox"/> その他()								
これまでにカイロプラクティックの 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"/> KCSセンター以外 <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									

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㈱ネットにて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

㈱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 ㈱ネットURL：http://www.netcorporation.jp
--