

# 入学申込書

校長	受付

申込者ご氏名	フリガナ	印	男 女
ご住所	〒		
ご連絡先	ご自宅 ( ) 携帯電話 ( )		
e-mail	@		
生年月日	S・H 年 月 日		

※ご記入頂いた情報は個人情報保護法に基づき、本校の業務運営のみ使用することとし、第三者に開示提供することは一切ございません。

## ■お申し込みコース

※受講料には教材費、事務管理費を含みます。				申し込み日	平成 年 月 日
コース名	受講料(税込)	入学時期	曜日	時間	期間
① サードオピニオンアドバイザー・金曜クラス	¥194,400	9月	第1・3金曜日	14:00~18:00	半年
② サードオピニオンアドバイザー・日曜クラス	¥194,400	9月	第1・3日曜日	14:00~18:00	半年
③ サードオピニオンアドバイザー・教材のみ	¥25,000	/	/	/	/

↑  
ご希望のコースに○をつけてください。

## ■お支払い方法

①	直接お支払い	クラス開始当日までに、当アカデミー事務局にお支払い下さい。(現金のみ)
②	一括お振込み	お振込み口座:みずほ銀行 四谷支店 普通 口座番号1325354 へお振込みください。

↑  
ご希望のお支払い方法に○をつけてください。

### <お支払いについて>

- お支払い方法は現金または振込からお選びください。ただし、半年コースは一括のみとなります。
- 受講料の支払期限は開講日の14日前までとします。
- お振込の際の手数料はご負担願います。
- 分割でのお振込みの場合、前期、後期開講日14日前までにお振込み下さい。
- 事務局への直接お支払いは現金のみの受付となります。

### <キャンセルについて>

- 開講日前にやむを得ぬ理由でキャンセルをご希望される場合は、必ず事務局までご連絡下さい。
- 開講日8日前までのキャンセル・・・キャンセル料は発生しません。
- 開講日7日前～前日のキャンセル・・・受講料の8割を返還致します。
- 開講後のキャンセル・・・受講料の返還はいたしません。

お問い合わせ

一般社団法人  
中医健康アカデミー

〒162-0067 東京都新宿区富久町グランヴィスタ外苑D  
TEL 03-5368-0786 FAX 03-5368-0787  
e-mail info@cka.or.jp