**BCTセミナー受講申込書**

年　　月　　日

生年月日S・H　　年　　月　　日

本籍　　　　　　都道府県

現住所〒

固定℡

FAX

携帯℡

職業

所属団体

**B.C.T.A**

**血液循環療法協会　殿**

ＢＣＴ(定期・集中)セミナーの(基礎・健康教室・応用)課程の受講を申し込みます。(○で囲む) 都合により欠席する場合は事前に連絡します。

**１)定期セミナー受講の場合**（＊以下○で囲み空欄を埋める）

1.基礎課程（土）のみ　　2.健康教室（土）のみ　3.健康教室と基礎課程（土）

4.基礎・応用同時受講（土・日） 　5.講座全て同時受講

2）.支払方法

１回毎（基礎1.5万）（健康3千）（基礎・健康1.7万）(応用2万)

４回前納（基礎5万）（健康1万）（基礎・健康6万）（応用7万）

（全課程同時受講12.5万）

＊　　月　　　日までに指定口座に振り込みます。

3）（　　）月（　　）日から（　　）月（　　）日まで受講予定。

４)会場　(東京赤羽・大阪豊中)　　(どちらか○で囲む)

5**)集中セミナー受講の場合**

　　　令和　　年　　月　　日～　　月　　日（3日間）

＊セミナー受講の動機

＊セミナーに対してご要望があれば、ご記入ください。

＊このセミナーを何でお知りになりましたか？

ＤＭ・本(　　　　　)・雑誌(　　　　　)・その他（　　　　　　　　　）

**（FAXで送る場合）FAX送付先　06-6846-2296**