**通信教育講座及びお試し受講申込書及び入会申込書**

令和　　年　　月　　日

血液循環療法専門学院

学院長　大杉幸毅　殿

　　　　　　　　　　　　　　申込者氏名

　　　　　　　　　　　　　　生年月日　S・H 　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　職業

　　　　　　　　　　　　　　住所〒

連絡先電話

本籍地　　　　　　　　　都道府県

記

**（通信教育講座に申し込む場合記入する）**

この度、**血液循環療法協会に入会し**通信教育コースに申し込みますのでよろしくご指導ください。

入会に際しては協会の会則を順守し、療法の習得に励み社会福祉のために活用し協会の活動に協力することを誓います。

**入会金、年会費　　　　1,8万円**

**受講コース(○で囲む)　　　１、家庭療法コース　　　　17万円**

**２、治療師養成コース　　46.6万円**

　　　　　　　　　　　　　　　振込み予定日(　　月　　日)

志望の動機

免許資格(治療・医療関係のみ)

＊カイロ、整体、療術などの民間団体資格も記入する。

治療医療歴

今まで勉強した民間療法など（整体、気功、ヨガなど）

スクーリング希望会場（東京、大阪）年月日（　　年　　月　　日）

（わからない場合はのちほどご連絡してください。）

**（お試し受講(1回のみ)を希望する場合のみに記入する）**

受講したい年月日　（　　年　月　日)　　　　　　　　会場（東京、大阪）

＊日程・会場は「血液循環療法BCTセミナーチラシ」をご覧ください。