お申込みはFAX又はお電話でお願いします。

**正眼短期大学　行**

**FAX :０５７４-２９-１３２０　TEL :０５７４-２９-１３７２**

**禅スピリット履修証明プログラム　お申込みカード**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お 名 前 | （フリガナ　　　　　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　　　　歳） | | |
| ご 職 業 |  | 性 別 | 男性・女性 |
| ご 住 所 | **〒** | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 ※ |  | | |
| E-mail ※ |  | | |
| ※印は、あればご記入ください | | | |
| ご希望日 | 月　　　　日　　～　　　　月　　　　日 | | |
| コース | 体験コース　　　　・　スタートコース  ミディアムコース　・　ロングコース　　・　フルコース | | |
| * ご質問等ございましたらご記入下さい。 | | | |