

WholeFoodコース 受講生登録カード

受講コース _____

受講日 年 月 日

No. ふりがな 名前 生年月日 年 月 日(歳) 職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> フリーター・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他()	写真	住所 〒 電話: FAX: 携帯電話: E-mail:
◎アレルギー、既往症などの有無 無 有 ()	●入学の動機	●今回の講座を何をご覧になってお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> メルマガ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> イベントなどでの告知 <input type="checkbox"/> ブログ <input type="checkbox"/> フェイスブック <input type="checkbox"/> ツイッター <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌() <input type="checkbox"/> TV(番組名:) <input type="checkbox"/> その他() ●備考
●制限している食べ物がありますか?	●受講履歴(事務局使用欄) <input type="checkbox"/> WholeFood基礎コース(東京・福岡) 月(曜・)クラス <input type="checkbox"/> WholeFood応用コース(東京・福岡) 月 曜クラス <input type="checkbox"/> WholeFoodマスターコース(東京・福岡) 月 曜クラス <input type="checkbox"/> WholeFood講師養成コース(東京・福岡) 月 曜クラス	