

☆株式会社エルプエンテ主催☆

スペシャルクリニック申込書

参加者氏名

	姓	名
フリガナ		
名前		

指導チーム名・カテゴリー

住所(郵便や宅急便が届くように正確にご記入下さい)

郵便番号 - 都道府県 区

TEL 携帯電話
(緊急連絡先) FAX

e-mailアドレス(携帯メール可)

@

※ご連絡は基本的にメールで行います。
ドメイン設定などでメールが届かない方がいらっしゃいます。事務局からのメール(info@elpuente.jp)が受信できるよう設定してください。

日程

開催場所

指導者講習会	2012年7月19日 午前の部(江東区の方限定) 9:30~11:00 講義 19:00~20:30	夢の島競技場	住所: 〒136-0081 江東区夢の島1-1-2 夢の島陸上競技場内
午前の部	江東区の方限定	夢の島競技場(見学及び質疑応答)	午後の部 夢の島競技場内会議室

※参加人数には定員がございます。先着順で参加者を確定させていただきます。

詳細

料 金	参加費(午後の部のみ) 江東区の方 2,500円 一般 3,000円(税込)
-----	--

支払い方法	【払込先】新生銀行 本店 普通6262094 株式会社エルプエンテ お振込手数料は各自でご負担くださいますようお願いいたします
	本お申し込み書は仮登録の申し込みとなります。受付確認後、こちらから受付完了のご連絡を致します。 本登録に関してはお振込の確認ができた時点で正式な受付完了と致します。 期日までにお振込が確認できない場合、申込が取り消される場合がございますのでご注意下さい。 尚、受付完了後のキャンセルに関しては返金は致しませんのでご了承ください。
お支払い期限	7月13日までにお振込下さい ご入金が確認できない場合、キャンセル待ちの方を優先させていただく場合がございます。予めご了承ください。

申込方法	FAXにてお申し込みの場合 FAX番号: 03-6383-3774
	メールにてお申し込みの場合 メールアドレス: info@elpuente.jp
	郵送にてお申し込みの場合 〒134-0087 東京都江戸川区清新町1-1-35-802 株式会社エルプエンテ クリニック事務局宛