

入会申込書

※今後の GTA のスクール受講・商材購入はご紹介代理店にてお申込みください。

※太枠内をすべてご記入ください

申込日：西暦 年 月 日

ふりがな	
サロン名 (勤務先)	

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名	姓 名 (印)	生年月日	西暦 年 月 日
ローマ字			
サロン住所 (勤務先)	〒 都道府県 ----- ※ビル・マンション名もご記入ください		
TEL	<input type="checkbox"/> なし	FAX	<input type="checkbox"/> なし
携帯電話	FAX、E-mail はどちらか必ずご記入ください。		
E-mail			

部署名		役職	
-----	--	----	--

※商品・資料の送付先はサロン（勤務先）となります。

【個人情報の取り扱いについて】

本申込者の個人情報は一般社団法人 総合セラピー協会（以下「当協会」）からの会報の送付、連絡業務等、当協会の目的に必要な範囲内で、目的に応じて使用いたします。また、この個人情報の収集は適法かつ公正な手段で行います。当協会は申込者から収集した個人情報を第三者に開示することは原則としてありません。ただし当協会の事業に関するダイレクトメールや電話、E-mail 等でご案内させていただく場合がございます。ご案内を中止された場合は当協会までご連絡をお願いします。

【振込金額】 ※お支払い方法は銀行振込のみとなります。

¥15,000 (非課税)

振込時の銀行名	
振込名義	
入金期日	申込日より1週間

《振込先》

りそな銀行 新大阪駅前支店
普通預金 口座番号 0343771
シャ) ソウゴウセラピーキョウカイ
一般社団法人 総合セラピー協会 (GTA)
※お振込手数料は申込者様負担でお願いします。

【(株)マッコイの有料スクール・商材のお取扱いについてのご確認】

(株)マッコイの有料スクールを受講したことが	ない場合	マッコイ商品の購入先 <input type="checkbox"/> マッコイ <input type="checkbox"/> 代理店 ()
	ある場合	<input type="checkbox"/> 筋膜リリースセラピー <input type="checkbox"/> 軟部組織リリース <input type="checkbox"/> 筋膜美術術 <input type="checkbox"/> 美乳メソッド 認定サロン規約締結先 <input type="checkbox"/> マッコイ <input type="checkbox"/> 代理店 ()