

【申込方法】

参加申込書に必要事項をご記入の上、(介護予防運動トレーナー養成講習会にお申込みの場合は保有資格の証明書類のコピーを添えて) ファックスまたは郵送にてお送りください。

受付後、3 日以内(土日祝日を除く)にメールまたはファックス(記入がない場合はお電話)にて受講料のお振込みに関する連絡をさせていただきます。連絡がない場合は不着の可能性がございますので、その場合はお手数ですが事務局までご連絡ください。(定員となっている場合でもその旨ご連絡いたします。)

なお、受講(開始)6 日前までにキャンセルされた場合は、手数料(540 円)を差し引いた金額をご返金いたしますが、6 日前までにキャンセルの連絡がない場合は受講されるものとし、その後にキャンセルをされた場合は返金いたしかねますので、予めご了承ください。

参加申込書 (FAX・郵送用)

フリガナ				No.HP-
氏 名				
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 (満 歳)
住 所	〒 - 都 道			
	府 県			
電 話	-	-	ファックス	-
※記入された内容に確認が必要な場合に連絡させていただく場合がございますので、電話番号は必ずご記入ください。また、受講料のお振込みに関するご連絡をいたしますので、メールアドレスまたはファックスを必ずご記入ください。両方の記載がある場合は、メール配信を優先とさせていただきます。				
メール	@			
保有資格 (単位申請)	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士:登録番号() <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者:登録番号()			
	<input type="checkbox"/> NSCA-CPT (年取得) <input type="checkbox"/> CSCS (年取得) 会員番号 ()			
勤務先 (学 校)			部 署 (学 部)	
参加される イベント	<input type="checkbox"/> ウォーキングトレーナー養成講習会 _____ 会場			
	<input type="checkbox"/> 介護予防運動トレーナー養成講習会 _____ 会場		<input type="checkbox"/> 特例コース (1日目の受講 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)	
会員種別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> MFA 法人・学校会員 <input type="checkbox"/> MFA 資格認定会員 (会員番号:)			
※法人会員及び学校会員に所属されている方は、社員証(学生証)等証明書類のコピーを添えてお申込みください。				
備 考				

【お申込み・お問合せ】

(一社)メディカル・フィットネス協会 事務局

〒532-0003 大阪市淀川区宮原 1-2-9 TEL. 06-6150-2322 FAX. 06-6150-2323 E-mail info@mfa.or.jp