

ご興味をお持ちいただき、ありがとうございます。

当協会「個人情報保護方針」をご一読いただき、以下のシートに必要事項をご記入の上、**FAX** または郵送にてお送りください。後日、資料を送付させていただきます。

<送付先>
日本エンシェリセラピア協会
〒561-0862
大阪府豊中市西泉丘3丁目12-1
FAX : 06-6152-9239

日本エンシェリセラピア協会 行

記入日 年 月 日

### 資料請求書

\*項目は必須入力です。

*氏名	
*ふりがな	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	年 月 日
*郵便番号	
*住所	
*マンション名	
*電話番号	
*携帯番号	
*E-mail アドレス	
携帯アドレス	(PC アドレスをお持ちでない方)
現在の職業	
お持ちの資格	
*資料請求動機	