

\*いずれかを○で囲んで下さい。

【新規・追加・登録変更(法人のみ)】



# 加圧トレーニングインストラクター 資格認定講習会申込書

① 申込年月日 平成 年 月 日 (フリガナ) 氏名 印

②

生年月日	昭和 / 平成	年	月	日	年齢	歳	血液型	型	性別	男・女	既婚・未婚
ご自宅	住所 (フリガナ)										
	〒										
	TEL	( )				FAX	( )				
	携帯	( )				Eメール	@				
お勤め先	名称										
	住所 (フリガナ)										
	〒										
	TEL	( )				FAX	( )				
受講条件対象取得資格 ○で囲んで下さい。		医師・看護師・理学療法士・柔道整復師・鍼灸師・あんまマッサージ師・保健体育教諭 その他 [ ]									
契約形態 いずれかを○で囲んで下さい。		法人・個人									
受講器具 (○印複数選択可)		加圧マスター・加圧マスターミニ・筋力アップクンEX									
加圧トレーニング歴		年 月 日間 施設名 [ ]									
既往症											
スポーツ歴											
連絡先住所 いずれかを○で囲んで下さい。		自宅・勤務先 (郵便物の発送先として)									
連絡先電話 いずれかを○で囲んで下さい。		自宅・勤務先・携帯									
支払方法 いずれかを○で囲んで下さい。		現金・クレジット* [回数：3・6・10・12・24・36・48・60] *信販会社とのクレジット契約による分割払い									

※記載項目に漏れないようお願い致します。

③ 以下の太枠内は資格認定講習実施者が記入してください。

講習実施者名:				支部名:				【本部記入欄】			
加圧マスター		ベルト サイズ	腕用	S・M・L		脚用	S・M・L		本体シリアルナンバー		
加圧マスターミニ		ベルト サイズ	腕用	S・M・L		脚用	S・M・L		本体シリアルナンバー		
筋力アップクンEX 腕用:アスリート 脚用:アスリート		ベルト サイズ	腕用	S・M・L					腕用シリアルナンバー		
		ベルト サイズ	脚用	S・M・L・フリー					脚用シリアルナンバー		
希望講習開始日 平成 年 月 日											

※加圧トレーニング® およびKAATSU® は、KAATSU®International Co., Ltd.の登録商標です。

※「KAATSU TRAINING®」のロゴマーク及び「KAATSU MASTER®」「筋力アップクン®」は、KAATSU JAPAN 株式会社の登録商標です。

【本部記入欄】

請求書・クレジット発送日	器具	テキスト	契約書	認定書	発送完了日
/					/
認定No.		認定年月日 平成 年 月 日			