マタニティヨガ・ベーシック・トレーニングコース

エントリーシート

この度は、studio yoggy 公認インストラクター養成コースにお問合せいただき、誠にありがとうございます。下記、必要事項をご記入いただき、同エントリーシートを郵送または FAX、メール添付のうちいずれかの方法でお申し込みください。尚、メール添付の場合は、件名に【SAP_MBC 申込】と明記しお申し込みください。

エントリーシート送付先　〒153-0051 東京都目黒区上目黒 1-26-1　中目黒アトラスタワー203
株式会社ロハスインターナショナル
yoggy institute 事務局（担当　菊池・坂井・小俣）
school@studio-yoggy.com
TEL: 03-5768-4312 / FAX:03-5768-2793

お振込みのご案内を送付後、記載された期日以内に入金のない場合はキャンセル扱いとなりますのでご了承ください。尚、トレーニングにお申し込みをされる際には、体験・ワークショップに積極的にご参加ください。

お名前・性別（ご記入ください）		
フリガナ	（ローマ字表記で）	
氏　名		男　・　女

顔写真をお貼りください

受講コース（以下からお選びください）
コース名：　マタニティヨガ・ベーシックトレーニングコース □　20　　年　　月　　日(　　)スタート

お支払方法（以下からお選びください）※分割払いの場合は回数に○をお願いいたします。
□　一括払い
□　学費ローン払い　　3 回　6 回　10 回　12 回　15 回　20 回　24 回　ボーナス 2 回

スタジオ・ヨギーに通われたことがありますか？（ある方は会員番号を必ずご記入ください）	
□　ある〔会員番号　　〕	□　ない

この講座をどのように知りましたか？		
□ HP	□ スタジオ	□　雑誌〔雑誌名　　〕
□　友人から	□　シティリビング	□　その他〔　　〕

ご連絡先（ご記入ください）		
ご住所	〒	
Email	@	
Tel	携帯電話	Fax

生年月日	ヨガ歴
西暦　　年　　月　　日（　　歳）	年　　ヶ月

職種（選択してください）
会社員・公務員・自営業・アルバイト・学生・無職・医療関係・スポーツジム関係 看護師・助産師・その他（　　）

緊急時連絡先（事故等が起こった際の緊急時に連絡のとれるご本人以外の連絡先を必ずご記入ください）	
氏名	続柄
Tel	携帯電話

現在妊娠されていますか？
はい　・　いいえ

※妊娠されている方にお聞きします

コースを受講される頃は何週目ですか？
週目　（※トレーニングの受講は 16 週目以降とさせていただきます。）

本コースに参加されたいと思った動機、過去に経験したスポーツなどを詳しくお書きください

本コース終了後、どのようにその経験を生かしたいと思いますか（イメージをお聞かせください）

ヨガの経歴・資格を具体的にお書きください。（どのスタイルのヨガを、どのスタジオで、どの指導者から学んで、等）

コースに参加される際、どのようなことをスタジオ・ヨギーにご希望されますか

最後までご記入いただき、ありがとうございました。

ご不明な点またはご質問等ございましたら、お気軽にお問合せください。

なお、エントリーシートの返却はございませんのでご了承下さい。

株式会社ロハスインターナショナル

yoggy institute 事務局（担当　菊池・坂井・小俣）

TEL: 03-5768-4312 / FAX:03-5768-2793 / school@studio-yoggy.com