

「日本愛犬歯みがき協会 ドッグデンタリスト・ベイシックコース」受講申込書

申込日 平成 年 月 日

(フリガナ)		(ローマ字表記)	
氏名			
生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
(フリガナ)			
ご住所	〒 ー  ※ ビル・マンション名・部屋番号まで必ずご記入下さい		
TEL	自宅	携帯	
FAX		E-mail	
犬を飼って ( <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない )			
「いる」と答えた方 ( 犬種 : )			
<input type="checkbox"/> 受講規約に同意いたします。 ( <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい)			

■アンケートにご協力ください。

(1) 貴方のご職業をお聞かせください。

〈動物関連〉	<input type="checkbox"/> トリマー	<input type="checkbox"/> 動物看護師	<input type="checkbox"/> トレーナー・訓練士	<input type="checkbox"/> ペットショップ勤務
	<input type="checkbox"/> ペットシッター	<input type="checkbox"/> ブリーダー	<input type="checkbox"/> その他動物関連職 ( )	
〈その他〉	<input type="checkbox"/> 会社員	<input type="checkbox"/> フリーター	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト	<input type="checkbox"/> 学生 ( <input type="checkbox"/> 動物関連の学科 / <input type="checkbox"/> その他 )
	<input type="checkbox"/> 主婦・主夫			

(2) 受講理由をお聞かせください。

<input type="checkbox"/> 愛犬の歯磨きの為	<input type="checkbox"/> 現在の動物関連の仕事に役立てたいから
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

【振り込み明細書コピー添付】

のりしろ

※) 受講額と振り込み額を再度確認してください。