

ワーキングメモリトレーニング室 申込書

受講者氏名 _____ 学年 _____ 所属学校名 _____
生年月日 _____

保護者氏名 _____

郵便番号 〒 _____

住所 _____

連絡先 電話 _____

メール _____

申込みコース

コース名		料金(税抜き)	申込み	備考
コースA	自宅でのトレーニング	9,000円	<input type="checkbox"/>	ID: PW:
コースB	自宅でのトレーニング+コーチング	18,000円	<input type="checkbox"/>	
オプション	教室でのトレーニング	1,000円/1回	<input type="checkbox"/>	____回 ____曜____時から
オプション	ワーキングメモリ検査	15,000円	<input type="checkbox"/>	日時:

* 成年者が申込みされる場合は、学年、所属学校名、保護者記名の記入は不要です

* お申込みされるコースの申込み欄に○を記入してください

ただし、トレーニングされる方は コースA またはコースBのどちらを必ずお選びください

備考欄に 英数字でご希望のID(ユーザネーム) PW(パスワード)を記入してください

* オプション(教室でのトレーニング)を希望される方は、

申込み欄に8週間での受講回数を、備考欄に希望受講曜日と時間を記入してください

* ワーキングメモリ検査は単独での申込みも可です

検査を希望される方は ご希望の日時を記入してください

お申込みされる方へ

本申込み書に記入のうえ、直接持参、メールに添付またはFAXまたはメール本文に上記事項記載で申込みをお願いします。申込み受付後、メールで銀行口座をお知らせします。納金確認後1~2営業日でトレーニング開始が可能となる予定です。

受付日: _____

わいわいアリス 根っこ道場長津田

TEL 045-507-4085

FAX 045-984-7775

メール nekko@waiwaiaris.co.jp