



## 入学願書(インナーチャイルドセラピスト養成コース)

入学申込日 年 月 日

写真貼付  
3 × 4 cm

|  |             |
|--|-------------|
| ふりがな   | 男・女         |
| 氏名   | ローマ字表記(大文字) |
| 印  | 名 姓         |
| 生年月日 西暦 年 月 日生(満 歳)  |             |
| 現住所 〒 -  |             |
| 電話( ) -  | FAX( ) -    |
| 携帯( ) -  | E-mail      |
| 勤務先名   | 電話( ) -     |
| 勤務先住所 〒 -  |             |
| 職業   | 最終学歴        |
| 資格・特技・趣味等  |             |
| 入学希望者が未成年の場合は保護者の署名、捺印をお願いします。   |             |
| 氏名   | (続柄 印 )     |
| 住所   |             |
| コース : eラーニングコース  |             |
| 最寄りの校舎 <input type="checkbox"/> 東京校 <input type="checkbox"/> 大阪校   |             |
| 書類送付先 <input type="checkbox"/> 現住所希望 <input type="checkbox"/> 勤務先希望  |             |
| 本校を何でお知りになりましたか。   |             |
| <input type="checkbox"/> インターネット(サイト名: ) <input type="checkbox"/> 書籍(書籍名: )  |             |
| <input type="checkbox"/> その他 .....   |             |
| ご紹介者がいる場合はご記入ください <input type="checkbox"/> RAH・CHhom 学生 <input type="checkbox"/> ホメオパス(センター名: ) <input type="checkbox"/> その他 |             |
| お名前(フルネーム) .....   |             |
| 初年度授業料のお支払い方法 <input type="checkbox"/> 一括払い 16 万円 <input type="checkbox"/> 二回分納(※合計金額は、一括払いの 5%増しとなります。)                     |             |
| CHhom で受講中、もしくは受講済のコースがあればご記入下さい。  |             |
| <input type="checkbox"/> プロフェッショナルコース 期 卒・在籍 <input type="checkbox"/> ファミリーホメオパスコース 期 卒・在籍                                   |             |

\*写真は入学願書貼付け用の他に同サイズのものをカラーで 2 枚ご提出ください。

\*今回ご提出いただきました個人情報、入学手続きに関わる書類送付などの事務手続き以外に利用することはありません。

◆あなたのこれまでの経歴を教えてください、また人生の中で大きな転機、人生の岐路などありましたら一緒にお書きください。(別紙記載可)

◆本校入学(インナーチャイルドを学ぶ)を決意された経緯をお書きください。インナーチャイルドセラピーのどういうところに共鳴あるいは興味をお持ちかも併せてお書きください。(別紙記載可)

◆本校で勉強したことを将来どのように生かしていこうとお考えですか？(別紙記載可)

◆本校に入学するに際し、ご要望、ご質問がありましたらお書きください。