



# アカデミー・デュ・ヴァン大阪校 受講申込書

FAX:06-6292-0421

受付日 年 月 日

カタカナ	生年月日(必須)	性別
氏名 (必須)	19 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 (必須)	〒	
TEL	-	-
FAX	-	-
勤務先名		
日中に連絡が取れるTEL (必須)	-	-
E-mail アドレス		
単発講座、ワイン情報などをメールマガジンでお送りします。不要な方はご記入ください。	<input type="checkbox"/> 不要	
認定資格	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ソムリエ・ワインアドバイザー・エキスパート・WSET 初級・WSET 中級)	
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	登録番号	<input type="checkbox"/> *継続の方は必ず登録番号を記入してください。
※お申込みの項目に○印をして曜日、時間、講座名を記入して下さい。可能な限り第2希望までご記入下さい。その他ご希望は備考欄にご記入下さい。		
講座名	<input type="checkbox"/> ビギナー向けカジュアルコース ( )	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> STEP-I 一括受講	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> STEP-I 分割受講 (1~10回又は11~20回)	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> STEP-II	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> STEP-III	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> 受験 (講義/テイスティング)	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> 受験 (実技)	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> 研究科 ( )	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> 研究科 ( )	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
	<input type="checkbox"/> チーズコース ( )	第1希望 ( ) 曜日 ( : ~ ) 第2希望 ( ) 曜日 ( : ~ )
備考		
携帯ローンを	<input type="checkbox"/> 利用する (ボーナス一括・3回・6回・12回・18回)	<input type="checkbox"/> 利用しない
募集要項に記載された内容をすべて確認了承の上、受講を申し込みます。 署名: (必須)		