

WORLD VOICE入会申込書

ID:	スタートクラス:	入会日:	年	月	日	
		お振込み合計金額:	円			
漢字		男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
ローマ字						
自宅	〒 TEL(携帯):		LINE ID:			
E-mail(携帯・PC)	携帯:		PC:			
名称			職名			
所在地	〒		TEL			
希望サービス	<input type="checkbox"/> Singing Session		<input type="checkbox"/> 英詩発音矯正		<input type="checkbox"/> 英会話	
希望回数	<input type="checkbox"/> Singing Session 月 回		<input type="checkbox"/> Talking Session			
主なレッスン場所	<input type="checkbox"/> 赤羽橋スタジオ(日山)		<input type="checkbox"/> 高輪スタジオ(浅井)			
ボイスパートナー	<input type="checkbox"/> 担当		<input type="checkbox"/> 希望		<input type="checkbox"/> 御任せ / パートナー名:	
備考	どうなりたいか、何を習得したいか、克服したいか 等 ※ご希望、ご要望をなるべく詳しく明記してください。					

キャンセル、変更、注意事項などご契約に関する内容説明を受け、同意いたします。

ご署名: