

ぬりえセラピー講座開講事後報告書

20 年 月 日

インストラクター名	(会員No.)
上記署名を持ってチャクラのぬりえセラピーイラスト・テキスト文章・写真等無断転載、コピー等、しない事を承諾致します。※講座受講初日から開講事後報告書が協会へ届くまでが『受講期間』です。	
申請書の添付	<input type="checkbox"/> 同封する
受講者名1	様
受講者名2	様
受講者名3	様
受講者名4	様
受講者名5	様
受講コース	<input type="checkbox"/> コロリアージュディレクターコース(名)
	<input type="checkbox"/> 認定セラピストコース (名)
	<input type="checkbox"/> インストラクターコース(名)
卒業レポート提出日	20 年 月 日
修了証の希望色	<input type="checkbox"/> 水色 <input type="checkbox"/> ピンク <input type="checkbox"/> ブルー <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> パープル
修了証送付先	<input type="checkbox"/> インストラクター宛 (下記インストラクター住所を記入) 〒
	<input type="checkbox"/> 受講者宛 (申請書に記載済)
備考	