



クシマクロビオティックスコンシェルジュ登録講師養成講座

— 受講申込書 —

お名前	
ご住所	〒 —
電話番号	— — 携帯電話 — —
メールアドレス	@

受講条件 : お持ちの資格に印をつけてください。(複数回答可)

- K I J 認定 クシマクロビオティックアドバイザー
- K I J 認定 クシマクロビオティックインストラクター
- K I I 認定 クシマクロビオティック・クッキングインストラクター

<注意>上記いずれかの資格をお持ちでない方は、以下にプロフィールをご記入の上ご提出ください

<送り先>

クシマクロビオティックスコンシェルジュ検定事務局

FAX 03-3367-8115

MAIL office@kushi-mc.net