

A.O.D.T Presents

ダンス教師 & 治療師ジョイントセミナー2013 申込書 / 指導者・生徒・保護者

お名前	ふりがな	性別: 女 ・ 男 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 年	顔写真貼付 * Q&A総合のみ参加の方は省略可 受講初日に本申込用紙持参のこと
	漢字		
	ローマ字		
生年月日(西暦) 年 月 日 ( 歳)			
AODT会員(番号 ) ・ 非会員 ・ 会員生徒		ジョイントセミナー受講: 初参加 ・ 3回目以上	
ご住所: 〒 * マンション名・部屋番号までご記入ください		<input type="checkbox"/> TEL : <input type="checkbox"/> FAX : <input type="checkbox"/> 携帯:	
E-mailアドレス:			
所属バレエ学校、舞踊グループ等		指導者のお名前	
上記所属団体の住所: 〒		<input type="checkbox"/> TEL : <input type="checkbox"/> FAX :	

<b>受講クラス</b>			
指導者 ・ 中級 ・ 上級 ・ Q&A総合(保護者)			
<b>中級・上級クラスご受講の方</b>			
バレエレッスンを始めたのはいつからですか?	歳から	年間	
今の教師(指導者)について何年ですか?	歳から	年間	
週に何回レッスンしていますか?		回	
<b>指導者クラス受講の方</b>			
バレエレッスン歴	歳から	年間	
指導歴	指導開始歴	歳から、約	年間 / 指導時間は、週に 時間
主な生徒さんの年齢層(該当年齢層に○、複数回答可) 幼児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 18歳以上の上級者 ・ 大人の初心者			
<b>中級・上級・指導者・保護者解剖学クラス受講の方</b>			
現在、ケガや病気をしている方、またはバレエのお稽古をする中での身体の痛みや悩み、テクニックの悩みがありましたらその内容について詳しくご記入ください (保護者の方はお子さんについてご記入ください)			
<b>アドバイスタイム(個別相談45分) * セミナー3日間のうち、日程は後日決定いたします</b>			
希望 する ・ しない			
<b>申込専用FAX送信先</b>		(株) コラボレート研究所 03-5847-8971 杉上 宛	