

A.O.D.T Presents
ダンス教師 & 治療師ジョイントセミナー2018申込書

お名前	ふりがな	性別	女	・	男	顔写真貼付 受講初日に 本申込用紙 持参のこと
		小学校 ・ 中学校 ・ 高校				
	ローマ字	年				
生年月日(西暦)		年	月	日	(歳)	
AODT会員 ・ 一般 ・ 会員生徒			ジョイントセミナー 初参加 ・ 2回目以上			
ご住所 〒			<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 携帯			
* マンション名・部屋番号までご記入ください						
E-mailアドレス						
所属バレエ学校、舞踊グループ等 治療師の方は所属病院、治療院名			指導者のお名前 治療師の方は勤務先の役職名など			
取得資格						
上記所属団体、勤務先の住所 〒			<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX			
1日受講者 (希望日に○を記入)	3月29日(木)	3月30日(金)		3月31日(土)		
受講クラス	指導者 ・ 中級 ・ 上級 ・ 治療師					
中級・上級クラスご受講の方	バレエレッスン歴		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		
指導者クラス受講の方	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						
中級・上級・指導者クラス受講の方	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テクニックの悩みなど詳しくご記入ください					
治療師クラス受講の方	ダンサーの患者さんによく見られるのはどんな症状ですか また、このセミナーに参加されることでどのようなことを期待しますか					
アドバイスタイム(個別相談45分)を希望 する ・ しない (日程については後日決定)						
申込専用FAX送信先	(株) コラボレート研究所 03-5847-8971 杉上 宛					