

## ～マジックスクール受講申込書～

ふりがな	
氏名	
年齢	歳
性別	男 女
住所	〒
携帯電話	
メールアドレス	
職業	学生 会社員 自営 その他 ( )
受講の動機・抱負・今後の希望等	
受講講座	クローズアップマジックスクール
受講料	<input type="checkbox"/> 済み
受講規約を承諾して上記講座に申し込みます	(自署)
保護者承諾 (申込者未成年の場合)	(自署)
事務欄(記入不要)	
受付日	年 月 日
受付者	



株式会社フォーサイト

東京都北区中里 2-16-10 EP ビル 203 号  
03-6311-1060

<http://www.foresight-magic.com/>  
[info@foresight-magic.com](mailto:info@foresight-magic.com)