

## ～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	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

東京都渋谷区道玄坂 2-18-11-426  
03-3461-1663

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