



個人ワーク専用申込書

申込日 _____ 年 / _____			
<small>フリガナ</small> 氏名	年 齡	男 女	セミナー参加予定 月 3ヶ月基礎
住所 〒 都 道			
Tel		Fax	
携帯	E-mail		ご職業
※上記ご連絡先以外でご希望の連絡先がある場合はお書き下さい。			研究所使用欄

サトリジャパン研究所 御中

プログラム受講にあたり、下記項目を読み、同意しました。

- ・ サトリジャパン研究所プライバシーポリシーに同意します。
- ・ 自身の都合によるキャンセルの場合、返金は求めません。
- ・ 私には、精神疾患、精神病の既往はありません。

- ・ 個人ワーク・申し込み可 例
 - ① パートナーの理解を得ているか、経済的に独立している方
 - ② SJのサポートを得て、霊性向上がもたらすキャリアアップを通じ、家族と社会に貢献し、100人の絶対幸福者の一人になりたい方
- ・ 個人ワーク・申し込み不可 例
 - 「一回の個人ワークで楽になればよい」というスタンスの方。
- ・ 三ヶ月基礎コース 申し込み不可
 - ① 病気療養中・精神科既往症のある方 ② 借金による受講

- ・ 振り込み額合計：3万円＋セミナー料金の前金3万円をお支払いいたします。
(前金は、6ヶ月以内有効)

年 月 日

氏名 _____

お支払い

振込先：みずほ銀行 虎ノ門支店(普) 1970451 ミクニマスミ

※ お支払日をご記入下さい 支払日 ____月____日

初参加の方は、総ての質問にお答えください。（次回からは1,2,3,7省略可）

1. 精神世界の体験（〇〇セミナー、〇〇ヨガ、〇〇カウンセリング、〇〇瞑想 等）

2. これまでのご職業を、最近のものから過去に遡ってお書きください。

3. サトリジャパン研究所を何でお知りになりましたか？
（紹介者名、著書名、インターネット検索、雑誌等）

4. 肉体的、精神的に大きな病気にかかったことがあれば、その時の年齢、治療経過をお書き下さい。また、普段飲酒・喫煙される方は週もしくは月の平均摂取量をお書き下さい。

5. 同居中の家族構成と年齢を教えてください。

6. ご家族の大きな病歴（病名、発症年齢）をお書き下さい。

7. SJ プログラムに申し込みを決めた三つの理由をお書きください。
① _____
② _____
③ _____

8. サトリジャパン研究所へのメッセージ
（自己紹介/近況報告/瞑想に関する質問等）



サトリジャパン研究所

〒157-0066 東京都世田谷区成城 5-18-3

Tel:03-3789-1980 Fax:03-3789-1981

E-mail: info@satorijapan.com

HP: <http://satorijapan.com>

※一定保管期間が過ぎましたら、個人情報保護のため裁断廃棄処理いたします。