



## プログラム申込書 (印刷してお使い下さい。)

		申込日		年 /	
フリガナ 氏名	年齢	男 女	セミナー中お誕生日の方 ( / )		
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
・喫煙 (有/無) ※相部屋の場合、参考にさせていただきます。					
・個室希望 (有/無) ※差額料金が加算されます。申込確定順、満室の際は相部屋となります。					

ご希望のプログラム (希望のプログラム No.、希望月を○で囲んでください)

- ① \_\_\_\_\_年 3ヶ月間基礎プログラム  
2月      5月      8月      11月
- ② \_\_\_\_\_年 ベーシック・セミナー コース  
2月      5月      8月      11月
- ③ \_\_\_\_\_年 覚醒・セミナー コース  
2月      5月      8月      11月
- ④ 1年間 共鳴瞑想 希望開始日 (   /   )

- ⑤ 1年間 コミットメントコース (   年   月 ~   年   月 )

[内容(例)ベーシック2月、覚醒5月...等: ]

プログラムの計画等のご相談は、お気軽にお問い合わせ下さい。

サトリジャパン研究所 御中

プログラム受講にあたり、下記に同意します。

- ・ 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。
- ・ セミナー受講者の情報を部外者に漏らしません。
- ・ プログラムに総て参加できない場合、返金は求めません。
- ・ 私には、うつ病、統合性失調症等、精神疾患、精神病の既往はありません。
- ・ 体験談・感謝メール・コメント等は、先生の解説と共に、個人情報保護に留意し、教材として発表される事がございます。ご了承ください。
- ・ プログラムの著作物等転売 (オークション含む)・譲渡はお控えください。

年   月   日

氏名 \_\_\_\_\_

**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. 当研究所を何でお知りになりましたか？(紹介者名、書籍名、インターネット検索等、その他)

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、週または月の平均摂取量をお書き下さい。

5. 家族構成と年齢、同居者を教えてください。

6. 家族の大きな病歴(病名、発症年齢)をお書き下さい。

7. 今回 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. 自己紹介/近況報告/質問/セミナーのテーマ等のコメントをお書き下さい。

**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

 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](mailto:info@satorijapan.com)

HP: <http://satorijapan.com>

※この申込書は印刷してお使い下さい。セミナーごとに申込書が必要です。

※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。