

International Meditation Center
in the tradition of Sayagyi U Ba Khin and Mather Sayamagyi

メディテーション コース申込書 / Course Application Form

メディテーションコース（ 月 日 から 月 日まで）

I wish to attend the Meditation Course to be held from ____/____/____ to ____/____/____

- ◆ 氏名（フリガナ）/Name :

- ◆ 生年月日/Date of Birth :

- ◆ 職業/Occupation :

- ◆ 性別/Gender : 男性 M / 女性 F

- ◆ 国籍/Nationality :

- ◆ 英語を理解することができますか？。 はい / いいえ
Do you understand English? Yes / No

- ◆ 住所/Address :

- ◆ 電話番号/Telephone :
- ◆ 携帯電話/Cell phone :
- ◆ E-mail アドレス :

- ◆ 緊急の場合に連絡のとれる方を記入してください。
Please give details of someone to contact in case of emergency.

氏名（フリガナ）/Name :

住所/Address :

電話番号/Tel :

International Meditation Center

in the tradition of Sayagyi U Ba Khin and Mather Sayamagyi

1. これまでにサヤジ・ウ・バ・キン伝承のメディテーションコースに参加したことがありますか。
ある場合、もっとも最近に参加したコースの場所と時期を記入してください。 はい / いいえ
Have you ever attended courses in the Sayagyi U Ba Khin tradition before? Yes / No
If yes, please say when and where was your most recent course.
2. あなたは別のテクニックやメディテーションの練習をしていますか。 はい / いいえ
その場合は、どの位の期間それらを練習していますか。
Are you practicing any other techniques of meditation? Yes / No
If yes, for how long have you been practicing them?
3. 現在、心身ともに健康な状態ですか。 はい / いいえ
そうでない場合は、その詳細を記入してください。
Are you in good physical and mental health? Yes / No
If no, please give details.
4. 現在、何らかの医学的治療を受けていますか。あるいはメディテーションコース期間中も
その治療を続けますか。 はい / いいえ
もし医学的治療を受けている場合は、その詳細を記入してください。
Are you, or will you be, on any medical treatment at the time of the meditation course?
If, yes, please give details of medication. Yes / No
5. 特定の食物に対してアレルギー症状があるという診断を受けていますか。
その場合には、その詳細を記入してください。 はい / いいえ
Do you suffer from any medically confirmed food allergies? Yes / No
If yes, please give details.
6. このメディテーションセンターやコースについて、どのようにして知りましたか。
知るきっかけになった、書物、雑誌、ホームページ、知人、ポスター等を教えてください。
How did you come to know about this Center and the meditation course?
Could you please name magazine, website, friend, poster, etc. from which you learned of the
International Meditation Center.