

FAX:050-3737-3395

TEL:03-3700-9517

AULARUCE SCHOOL 受講申込書

申込日	2010 年 月 日
講座名	<input type="checkbox"/> FACEデザインセラピストコース
	<input type="checkbox"/> BODYデザインセラピストコース
	<input type="checkbox"/> エステティックフェイシャル1DAYコース
	<input type="checkbox"/> リフレクソロジー1DAYコース
	<input type="checkbox"/> コスメティックマッスルエナジーテクニック(CMET)
	<input type="checkbox"/> リンパドレナージュ
	<input type="checkbox"/> ボディリセットプログラム
氏名	フリガナ
	漢字
生年月日	19 年 月 日(満 歳)
住所	〒 -
連絡先	TEL ()
	MAIL @
ご職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 整体師 <input type="checkbox"/> アロマセラピスト
	<input type="checkbox"/> リフレクソロジスト <input type="checkbox"/> エステティシャン
	<input type="checkbox"/> 鍼灸・指圧 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師
	<input type="checkbox"/> その他()
会社名 サロン名	
誓約書同意	<input type="checkbox"/> 別紙の受講に関する誓約書に同意する。 (誓約書は受講日当日にご持参下さい。)

授業で特に習いたいことなどリクエスト等がございましたら下記にご記入下さい

FAXにてお申込みいただいた後、こちらからご連絡致します。
必ずご連絡のつく番号をご記入下さい。