

入会・受講申込書

記入日 年 月 日

希望受講クラスに○ フット初級・上級 ハンド

ふりがな 氏名 印	男 女	生年月日 西暦 年 月 日 (才)
住所 〒 県府 市 町 都道 丁目	Tel Fax	通話可能時間帯 ~
Mail パソコン 携帯	アレルギー あり なし ある方は原因をご記入ください	
会社名	職種	
取得免許	資格	
志望動機		

以下スタッフ記入欄

受講開始日	第 期生	受付日	入金日	入金方法
-------	------	-----	-----	------

一般社団法人メディカルアロマ・リンパケア協会殿

誓約書

私は、受講にあたっての注意事項をよく読み厳守することを、ここに誓います。

平成 年 月 日

氏名

印