

スキンケアリスト検定申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名	印		
生年月日	明大 昭平 年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
自宅住所	〒 都道 府県		
T E L		E メール	
職業			
ご紹介者様			
身元保証人 (未成年者のみ)	印		
受講ランク	<input type="checkbox"/> ジュニアスキンケアリスト <input type="checkbox"/> スキンケアリスト <input type="checkbox"/> トップスキンケアリスト <input type="checkbox"/> プロスキンケアリスト		
受講コース	<input type="checkbox"/> 集中コース <input type="checkbox"/> セレクトコース		
受講開始 希望日	第1希望日： 年 月 日 第2希望日： 年 月 日 第3希望日： 年 月 日 ※各月の火・木・土の日付をご記入下さい		
受講料 支払方法	<input type="checkbox"/> 一括振込 <input type="checkbox"/> クレジット決済	お支払い 予定日	
主催	国際顔筋ストレッチメンテナンス協会		

※全て必須項目となります。

※記入漏れがある場合、受付できませんので漏れが無いようにご確認下さい。

※このお申込による個人情報は、当会の目的以外には使用いたしません。

お申込方法

FAXでお申込の場合

申込書に必要事項をご記入の上、下記の番号にご送信下さい。

FAX. 03-6804-2126

郵送でお申込の場合

申込書に必要事項をご記入の上、下記の住所にご郵送下さい。

〒151-0063
東京都渋谷区富ヶ谷2-44-10-503
国際顔筋ストレッチメンテナンス協会事務局