

お申込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

アロマセラピーインストラクターコース申込書

フリガナ
氏名

印

住所 〒

連絡先(日中連絡がつくもの)

Mail

@

ご希望のコース(○をつけてください)

Aコース

Bコース

フリーコース

お支払い回数

1回

／分割(5回まで)

回

お支払い方法

直接支払(現金)

／お振込み(ゆうちょ・西京銀行)

受講開始後のお客様都合によるキャンセルには一切応じかねます (○をつけてください)

承諾します ・ 承諾しません

< アンケートにご協力お願いいたします >

●アロマセラピー検定(1・2級)の試験対策はどのようにしましたか？

1. スクールに通った(学校名:

)2. 独学

●アロマセラピーインストラクターの資格をどのように生かしたいですか？

1. 生業として 2. 仕事の+αとして 3. 講師として 4. その他()

ご記入いただいた情報は、お申込み、当教室からのご案内、統計のみに使用させていただきます。第三者へ個人情報を提供することは一切ございません。

