

一般社団法人日本ヘッドスパ協会

FAX 番号 03-5357-1126

【申込書】

申込み内容	ヘッドスパ検定 2 級セミナー		
学科オンライン講義	<input type="checkbox"/> 了承しました	学科希望	<input type="checkbox"/> 11月9日(月) <input type="checkbox"/> 11月10日(火) ※希望日程を選択
実技講習	<input type="checkbox"/> 変更の可能性了承	希望コース	<input type="checkbox"/> 基本コース:11月24日(火)・12月1日(火) <input type="checkbox"/> 連続コース:11月30日(月)・12月1日(火) ※希望コースを選択
本人情報			
カナ			
氏名			
生年月日(西暦)			
性別			
自宅住所			
電話番号(携帯可)		FAX	
資格	美容師有資格者 ・ 理容師有資格者		
勤務先情報			
サロン名			
住所			
電話番号		FAX	
郵送物送付先	自宅 ・ 勤務先		
メール連絡先	個人アドレス ・ 共有アドレス		
	@		
受講のきっかけ			