

研 修 会 申 込 書

| | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申込日： 年 月 日 | |
| ふりがな | |
| 氏名： _____ | |
| 生年月日： 年 月 日 性別 女 男 | |
| 受講日 年 月 日 日 日 日間 | |
| 研修会種別 | ご希望のセミナー番号を○で囲んで下さい。(受講料金は当日お支払い下さい) 税別 1、FTW 研修会 (¥35,000) 2、再受講 (¥5,000) 3、ゲスト参加 (¥5,000) ※ゲスト参加対象者はお客様のみです。(研修用フィオーラは付きません) 4、新規デイトロマコース(¥150,000) 5、デイトロマ無料受講 6、再受講デイトロマコース(¥50,000) 7、アイトリートメント (¥15,000) 8、アイトリートメント再受講 (¥5,000) |
| 申込方法 | 本申込書を FAX にてお送り下さい。 FAX : 0463-21-0013 |
| 現住所：〒 _____ | |
| 連絡先：(電話、携帯) _____ | |
| ★変更・確認等のためご連絡を差し上げる場合がございます。 | |
| 宿泊先 | 予約必要 ・ 必要なし |
| 研修会情報 | HP 上から ・ 使用者様から ・ 取扱店から |
| 担当取扱店名 | 担当代理店名 |
| ご職業 | |
| 参加理由 | |
| フィオーラ使用状況 | 使用 ・ 未使用 ・ 日常的に使用 |
| オブザーバー参加 | 有 ・ 無 氏名： _____ |