

フィオーラ研修会申込書

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	
フィオーラ セミナー種別	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、新規初級 (¥5,000) 2、再受講初級 (¥2,000) 3、新規中級 (¥35,000) 4、再受講中級 (¥15,000) 5、新規ティップロマコース (¥150,000) 6、ティップロマ無料受講 7、再受講ティップロマコース (¥50,000) 8、無料期間再受講 (初級・中級) 9、アイトリートメント (¥15,000) 10、アイトリートメント再受講 (¥5,000) 11、FTW 酵素マイスター (¥30,000)		
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： _____	