

スクール（資格取得対応コース）受講申込書

お申込日： 年 月 日

講座名			
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名	印	職業	
住所	〒		
電話 連絡のつく方 どちらかひとつ	自宅)	携帯)	
E-mail または LINE (お持ちの方)	PC / 携帯 / LINE	当スクールからご案内の送付について 要 (郵便・メール・LINE) ・不要	
申込区分	個人 / ペア	支払区分	一括・分納
入金種別	現金・振込	入金 (予定) 日	年 月 日
受講目的	1) 趣味 2) 仕事 (現在・将来) 具体的に：		
アロマセラピー 学習経験	有・無		
	有りの場合 (該当番号に○およびご記入ください) 1. 資格はないが学習経験あり 2. 独学にて資格取得 () 3. スクールにて資格取得 (通学 / 通信：) 4. その他 ()		
確認事項 ご確認の上チェック を入れてください	<input type="checkbox"/> 入学金、受講料支払確認後にレッスン開始となります <input type="checkbox"/> 分納払いについては、次回レッスン料を前払いする前払い分納とします <input type="checkbox"/> 使用テキストなどの無断転載、流用、他への利用はできません <input type="checkbox"/> 受講期間の定めがある場合は期間内でのレッスンとなります <input type="checkbox"/> 指定以外のレッスンのお子様連れはご遠慮いただいております <input type="checkbox"/> キャンセルポリシーに同意しました		

いただいたお客様の情報は、法的開示を求められた場合を除き、当スクールでのサービス以外に用いることはございません。

申込用紙はご持参または郵送をお願いしております。

ご不明な点はお気軽にお尋ねください。

電話：08039934942

mail：pollontalo@gmail.com

LINE：



【ご持参される場合】

事前にご持参されるお日にちをお伝えの上、ご使用になられた印鑑も一緒にお持ちください。

【郵送される場合】

郵送される場合は、以下の住所宛にお送りください。

ご記入もれ、押印忘れがないか今一度ご確認ください。

郵送先（カットして封筒に貼ってお使いください）

〒857-0104

長崎県佐世保市楠木町1081

アロマセラピーポックロントロ 幸宛

【資格取得申込用紙在中】