

サロンオペレーション科 入講申込書 (東京校)

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	写真2枚 (4cm×3cm) ※1枚は裏面に名前を書き添付の事
ローマ字			
氏 名	① 男 女	19 年 月 日 (歳)	
ご自宅	〒 住所		
	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> e-mail	
	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 携帯	
勤務先	会社名		
	住所 〒		
	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> e-mail	
	<input type="checkbox"/> FAX	郵送物 → (<input type="checkbox"/> 自宅希望 ・ <input type="checkbox"/> 勤務先希望)	

※上記すべての項目にご記入ください。(お持ちでない場合は無しとご記入ください。)

※ご記入頂いたご連絡先の内 優先希望ご連絡先 の にチェックをお願いします。

※携帯メールご希望の場合は 受信認定設定 をお願いします。

取得資格		年 月 取得
		年 月 取得
		年 月 取得
入学の目的		
受講希望	■各セミナー 定員6名 定員になり次第締切とさせていただきます。	
クラス	<input type="checkbox"/> カウンセリングセミナー	(7月 28日開講)
※希望クラスに	<input type="checkbox"/> 独立開業セミナー	(7月 29日開講)
チェックと開講日	<input type="checkbox"/>	(月 日開講)
をご記入下さい	<input type="checkbox"/>	(月 日開講)

※各コース、セミナー開講日の1週間前に締め切らせていただきます。

※入学申込書の到着とご入金の確認をもって入校のお申し込み手続きを完了といたします。

振込先銀行 三菱東京UFJ銀行 京橋中央支店 普通 0014797 シ) ノアール・プラン

※個人情報保護法の取り扱いについて

お預かりした個人情報はご依頼いただきました案内資料等の送付やご連絡に使用させていただきます。

原則として、ご本人の承諾なしに、上記目的以外に個人情報を利用、または第三者に提供する事はいたしません。