

出張爪切り 参加申込書

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご自分では爪を切ることが困難な高齢者の方のお爪を、スタッフが定期的に施設へ出張してケアしています。
出張ケアの現場を体感する機会として同行ください。初回は見学、2回目以降はご希望により施術参加できるようご指導します。

- 【出張先】①神奈川県横浜市中区 デイサービス施設 【時間】JR根岸線関内駅南口9:00集合 施術は9:15～11:30頃
②東京都世田谷区 介護付き有料老人ホーム 【時間】京王井の頭線東松原駅13:30集合 施術は14:00～18:00頃

※お申込み先： FAX 03-6226-1924

※お問合せ先： 出張専用アドレス houmon@noir-blanc.biz TEL 03-6226-1926

| 申込者記入欄 | | 下記項目をご記入ください | |
|---|---|---------------------------------|--------------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| ご連絡先 | 住所 | 〒 | |
| | <input type="checkbox"/> 電話 | <input type="checkbox"/> e-mail | |
| | <input type="checkbox"/> FAX | <input type="checkbox"/> 携帯 | |
| ※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 返信希望ご連絡先 の <input type="checkbox"/> 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。 | | | |
| 本科・専科 | 本科 ベーシック (必須) | 年 | 月 取得 |
| | 本科 アドバンス (施術参加には必須) | 年 | 月 取得 |
| | 本科 マスター または 専科 マシン (施術参加には必須) | 年 | 月 取得 |
| | 本科 プロフェッショナル | 年 | 月 取得 |
| 受講履歴 | 専科 | 年 | 月 取得 |
| | SU | 年 | 月 取得 |
| ポドネット | <input type="checkbox"/> 会員 | <input type="checkbox"/> 同時入会希望 | ※会員様のみ申込可能です |
| 参加回数 | 出張爪切りに参加するのは <u>初めて</u> or <u>2回目以降</u> (<u> </u> 回目)。 | | |
| ご希望 <input type="checkbox"/> にチェックと 希望出張先に○を お願いします | <input type="checkbox"/> <u> </u> 月 <u> </u> 日 () <u>横浜市</u> () <u>世田谷区</u> <u>見学を希望します。</u> | | |
| | ※初回は見学です。より理解する為「本科アドバンス」と「本科マスターまたは専科マシン」修了後をお勧めします。 <input type="checkbox"/> <u> </u> 月 <u> </u> 日 () <u>横浜市</u> () <u>世田谷区</u> <u>施術を希望します。</u> | | |
| ※2回目以降の参加で、「本科アドバンス」と「本科マスターまたは専科マシン」修了の方に施術のご指導をします。 | | | |
| 弊社記入欄 | | | |

| 日時 | 技術参加 | 希望出張先 | 所感 |
|-------|------|------------------------------|----|
| / () | 有・無 | () 横浜市 () 世田谷区 | |
| / () | 有・無 | () 横浜市 () 世田谷区 | |
| / () | 有・無 | () 横浜市 () 世田谷区 | |
| / () | 有・無 | () 横浜市 () 世田谷区 | |