



株式会社 コルテーヌ コルテーヌアロマセラピースクール 代表取締役 黒木 祥輝 殿 このたび下記学科に申し込みいたします。 平成 年 月 日 申込者署名 印	顔写真を貼ってください。 1.上半身正面向きで3ヶ月以内に撮影のこと 2.写真サイズは3cm×4cm
--	--

受講講座 (右欄に 曜日 をご記入ください。)	アロマハンドセラピスト 曜日 コース
--------------------------------	--------------------

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
氏名		男・女	年 齢	歳
住所	〒	電話番号	()	
		携帯番号	()	

ご職業

携帯アドレス @

PCアドレス @

検定1級取得	済 ・ 未	AEAJ入会	済 ・ 未	アドバイザー取得	済 ・ 未
--------	-------	--------	-------	----------	-------

ハンドセラピストを学習する目的を教えてください

自分や家族のため
 身近な周りの方のため
 介護
 仕事で活かしたい
その他

当スクールを何でお知りになりましたか

コルテーヌ/HP
 AEAJ /HP
 フェア
 バス停近くの掲示板
スクール卒業生・在校生のご紹介 氏名()
 友人・知人
勤務先や他の企業 企業名()
 その他()

講座当日のお持ちもの

ハンドセラピストテキスト
 筆記用具
 バスタオル1枚
 フェイスタオル1枚

(公社)日本アロマ環境協会アロマハンドセラピスト講座 受講料 ¥14,800(材料費・税込)

受講料振込先	鹿兒島銀行 伊敷支店 普通預金 649072 カ)コルテーヌ (お振込み手数料はお客様でご負担下さい)
--------	---

受講を希望される方は、この受講申込書ご記入いただき、当スクールまでご持参いただくか、ご郵送にてお送り下さい。受講料の入金確認を正式なお申込受付とさせていただきます。

お問合せ・郵送先 コルテーヌアロマセラピースクール

〒892-0827 鹿兒島市中町4-7 コルテーヌビル 電話:099-222-5858 FAX:099-805-0929

株式会社 コルテーヌ コルテーヌアロマセラピースクール

代表取締役 黒木 祥輝 殿

このたび下記学科に申し込みいたします。

平成 22 年 11 月 3 日

申込者署名 亜呂舞 花子



受講講座 (右欄に 曜日 をご記入ください。) アロマハンドセラピスト 月 曜日 コース

ふりがな	あろま はなこ	性別	生年月日	1965年 3 月 3 日
氏名	亜呂舞 花子	男・女	年齢	30 歳
住所	〒 892-0827 鹿児島市中町4番7号	電話番号	099 (222) 5858	
	ハーブマンション301号	携帯番号	090 (1234) 5678	

ご職業 ○○○○総合病院 看護師

携帯アドレス aroma-hanako.c@docomo.ne.jp

PCアドレス aroma-hanako.c@isis.ocn.ne.jp

検定1級取得 済 ・ 未 AEAJ入会 済 ・ 未 アドバイザー取得 済 ・ 未

ハンドセラピストを 自分や家族のため 身近な周りの方のため 介護 仕事で活かしたい

学習する目的を教えてください その他 アロマハンドセラピストの資格を取得し、ボランティアなど活動の場を広げたいと思っております。

当スクールを何でお知りになりましたか コルテーヌ/HP AEAJ /HP フェリア バス停近くの掲示板 スクール卒業生・在校生のご紹介 氏名(山田 花子) 友人・知人 勤務先や他の企業 企業名() その他()

講座当日のお持ちもの ・ハンドセラピストテキスト ・筆記用具 ・バスタオル1枚 ・フェイスタオル1枚

(公社)日本アロマ環境協会アロマハンドセラピスト講座 受講料 ¥14,800(材料費・税込)

受講料振込先

鹿児島銀行 伊敷支店 普通預金 649072 カ)コルテーヌ
(お振込み手数料はお客様でご負担下さい)

受講を希望される方は、この受講申込書ご記入いただき、当スクールまでご持参いただくか、ご郵送にてお送り下さい。受講料の入金確認を正式なお申込受付とさせていただきます。

お問合せ・郵送先 コルテーヌアロマセラピースクール

〒892-0827 鹿児島市中町4-7 コルテーヌビル 電話:099-222-5858 FAX:099-805-0929