



Deep Therapy

ディープセラピー受講申込書

Cheerful

御中

※下記もれなくご記入ください（捺印 必須）

私は下記注意事項に遵守し、ここにディープセラピーテクニックの受講を申し込みます。

申込日 年 月 日

受講者氏名 (自署のみ可)	ふりがな	捺印	写真貼付	
		印		
サロン名				
サロン内での取り扱いメニュー				
サロン従業員数	名	生年月日	西暦	年 月 日
住所（サロン）	〒 -			
電話番号	TEL	FAX		
携帯番号				登録連絡先 <input type="checkbox"/> に✓
e-mailアドレス	@			<input type="checkbox"/> PCアドレス希望
携帯アドレス	@			<input type="checkbox"/> 携帯アドレス希望

実務経歴 (勤続年数の長い順からご記入下さい)

会社名(サロン名)	フェイシャル	ボディ	その他 : (内容)	
	年 月	年 月	年	
	年 月	年 月	年	
	年 月	年 月	年	

【注意事項】 *必ずご確認ください

- ・受講時間は1日6時間の目安です。他のかたのご迷惑になる遅刻早退はご遠慮ください（相モデル対応願います）
- ・ご購入された研修商材は、随時ご持参頂き、他のかたと区別がつくようお名前明記願います

【ご案内】

- ・受講申込書に必要事項ご記入、ご捺印の上、下記宛 郵送願います。

■送付先 : 〒636-0247 奈良県磯城郡田原本町阪手633-1 エステサロン Cheerful 宛

- ・受講申込書受領後、3営業日以内に受講のご案内申し上げます。（開催場所、諸手続き等）

※ご不明な点などございましたら、下記宛ご連絡お願い致します。
エステサロン Cheerful TEL (0744) 33-2035