必要事項をご入力の上、info@jerf.or.jpまで、お送りください。

第１０回　エステティック学術会議　参加申込書

■　勤務先サロンもしくは申込者個人が加盟している団体(レを入れて下さい)

**□　全国理容生活衛生同業組合連合会　　 　□　全日本美容業生活衛生同業組合連合会**

**□　一般社団法人 日本エステティック協会　□　一般社団法人 日本エステティック業協会**

**□　その他( 　　　　　　　 )**

■　申込者氏名(複数名でお申込の場合は代表者の方)

* 勤務先名(会社名またはサロン名。複数名でお申込の場合は代表者の方)

* 申込者連絡先(複数名でお申込の場合は代表者の方)

〒( － )

* TEL番号 ( )　　　　■　FAX番号 　 ( )

■　参加申込人数 (合計 人)

■参加申込者氏名記入欄(参加される方全員の氏名をご記入下さい。)

※参加証明書が発行されますので氏名は正確にお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  |  | フリガナ |  |
|  | **代表者****氏　名** |  |  | 氏　名 |  |
|  | フリガナ |  |  | フリガナ |  |
|  | 氏　名 |  |  | 氏　名 |  |
|  | フリガナ |  |  | フリガナ |  |
|  | 氏　名 |  |  | 氏　名 |  |

参加申込書送信先

**参加申込の手順**

**①参加申込書に必要事項を明記し、右記までFAXして下さい。**

**②折り返し振込用紙をお送りします。**

**③入金確認後、受講票をお送りします。**

**※当日、受講票をお持ちでない方は、入場をお断りする場合もありますので大切に保管してください。**

FAX 番号　03-3501-6982

(公財)日本エステティック研究財団

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 振込郵送 | 入金日 | 受講票発送 |
|  ／ |  ／ |  ／ |  ／ |