

受講申込書

受講申し込み受け付け中

平成 年 月 日

受講科目 : 訪問介助理美容

写真を貼って下さい

1. 縦 36~40mm
横 24~30mm

2. 本人単身胸から上

3. 裏面のりづけ

フリガナ		印	
お名前			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (満 歳)	性別	男 ・ 女
フリガナ			
現住所 (住居)	〒 -		
電話 (自宅)	携帯		
FAX (自宅)			

フリガナ			
勤務先名			
フリガナ			
住所 (勤務先)	〒 -		
電話 (勤務先)	FAX (勤務先)		

卒業した理美容養成施設名		卒業年月日	昭和 ・ 平成 年 月卒業
免許取得年月日及び免許番号	理容師 免許番号 : 昭和 ・ 平成 年 月 日取得	美容師 免許番号 :	昭和 ・ 平成 年 月 日取得

※ 免許のコピーを添えて提出して下さい。原寸、縮小、サイズは問いません。

該当する項目に○をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ①一般社団法人会津理容美容協会会員である | <input type="checkbox"/> ②会津理容美容協会員の従業員である |
| <input type="checkbox"/> ③会津方部理容組合員又は美容組合員である | <input type="checkbox"/> ④理容組合員又は美容組合員の従業員である |
| <input type="checkbox"/> ⑤理容師、美容師の免許は取得していません | <input type="checkbox"/> ⑥理美容室を経営していますが①③に属していません |
| <input type="checkbox"/> ⑦無店舗で理容又は美容を行っています | |
| <input type="checkbox"/> ⑧現在は無職、又は他の職業についています | |

※この申込書に記載した個人情報は会津理容美容の「資格認定講習会」に関する事業業務についてのみ使用することを確約します。理事長 谷ヶ城 慶二

お申し込み締め切り 平成27年8月10日(月)