

事務局

FAX 03 - 3954 - 8331

No _____

受講申込書

受講クラス					
ふりがな	性別	生 年 月 日			
氏名	男性 女性	昭和 平成	年	月	日
理容店住所(必ず店名も記入すること)	店 名	年	月	日	
〒					
理容店電話	FAX				
メールアドレス(受講者又は理容店)					
ウィッグ希望 有・無	印の箇所は、必ず記入して下さい				

この申込書は重要な個人情報として扱い、講習に関する手続き等、本来の目的以外には原則使用いたしません

東京都理容生活衛生同業組合
理事長 稲葉孝博 殿

上記の者が、当店舗において従事していることを
証明すると共に、受講を希望いたします

支部名 _____

組合員名 _____

印

組合員の証明無き申込書は無効。必ず証明してもらって下さい

受講料	受講料