

記入日:平成 年 月 日

ハーブセラピスト 養成講座 受講申込書

FAX用

初級 ・ 中級 ・ 上級 ・ 本講座 (いずれかに○をつける)

| | | | |
|--|--------------------------------|------|---|
| 希望開始日 (HPで日程をご確認ください) | | | |
| 氏名 | | 生年月日 | 歳 |
| 現住所 | 〒 TEL〔自宅〕 〔携帯〕 E-mail | | |
| 勤務先 | | | |
| 日本ハーブセラピスト協会 〒163-1490 東京都新宿区西新宿3-20-2 東京オペラシティタワー B1 (株)ジェイ・コミュニケーション・アカデミー内 TEL 03-3373-2378 / FAX 03-5333-2307 | | | |