



プティール講習申込書

お申込日 年 月 日

会場			
受講希望コース (右の枠に印を ご記入ください) 日程	エデュケーター対策 コース	年 月 日 ()	
	エデュケーターテスト	年 月 日 ()	
本コース受講履歴 (○をして下さい。)	初めて		再受講
ふりがな			
お名前		ローマ字	ディプロマに記載致します。
ご住所	〒		
TEL		Mobile	
メールアドレス (必ずご記入ください)	* 未記入の場合は、お申込をお受けできない場合がございます。		
ネイリスト歴	年 <input type="checkbox"/> サロンオーナー <input type="checkbox"/> サロンネイリスト <input type="checkbox"/> 自宅サロン <input type="checkbox"/> その他		
アドバンスコース 受講日 & 講師名	受講日	講師名	

以下サロン勤務の方はご記入ください。

サロン名		店舗数	
ご住所	〒		
TEL		スタッフ数	

FAX: 03-5457-2338

お問合せ: 株式会社ネイルセレクト
03-5457-2337