Kamille カミレ　アロマ＆ハーブの教室
受講申込書

お申込日　　西暦　　年　　月　　日

お申込講座名 / 開校日	年　　月　　日
講座コード	

お名前	フリガナ		
ご住所	〒		
生年月日	西暦　　年　　月　　日	性別	□女　　□男
TEL	ご自宅　　携帯電話　　FAX		
メールアドレス	ご登録いただいたご住所、メールアドレスにご案内をお送りしてよろしいですか　　要　　不要		
ご職業			
お持ちの資格	お持ちの資格にチェックをお願いします。 □　AEAJ認定アロマテラピー検定1級合格 □　AEAJ認定アロマテラピーアドバイザー □　AEAJ認定アロマテラピーインストラクター □　AEAJ認定アロマテラピーセラピスト □　JAMHA認定メディカルハーブコーディネーター □　JAMHA認定ハーバルセラピスト □　JAMHA認定ハーバルプラクティショナー □　JAMHA認定ホリスティックハーバルプラクティショナー □　その他　（　　） （　　） （　　）		

ご案内期日までに以下のいずれかの方法で受講料をご入金ください。

1 教室での現金支払い

2 銀行振り込みによる支払い

振込先:　磐田信用金庫掛川支店 / 普通預金

口座番号5077925 / 口座名義人　マルヤマサトミ

注意事項　　下記ご確認の上、□にチェックをお願します。

□　「受講申し込みに際してのご確認事項」を確認しました。

□　「受講申し込みに際してのご確認事項」に記載された期日までにご入金ください。

□　申込書とご入金が揃って正式なお申込となります。

年　　月　　日

ご署名　　印

18歳未満の方は保護者様のご署名をお願い致します。

年　　月　　日

保護者様ご署名　　印

カミレ事務局記入欄					確認印
申込受付日	年　　月　　日	受講＃			
入金日	年　　月　　日	手続き完了通知日	年　　月　　日		