ケイ･アロマテラピースクール

受講申込書

お名前：

ご住所：　〒

お電話：　　fax：　　E-mail：

確認書（受講手続き完了のお知らせ）のお届け方法をお選びください
1.郵送　　2.お電話　　3.Fax　　4.E-mail　　5.不要

受講希望クラスをご記入ください
（　　）月からの（　　）コース
（　　）曜日希望

受講料のお振込み方法をお選びください
1．一括
2．分納（初回振込みは 50,000 円です）
　A：2 回　　B：3 回
※ お振込みいただく期日は、開講月の前月末です。
　遅れる場合はあらかじめご連絡ください。
※ ご連絡、お振込み共にない場合はキャンセル扱いとなり、お待ちの方を優先で受け付けます。

ご受講の主な目的を選び、近いものに○をおつけください
1．資格を取りたい
2．自分の生活に取り入れて健康に暮らしたい
3．自分や家族のケアに生かしたい
4．アロマを仕事にしたい
5．将来自分のサロンを持ちたい
6．その他（　　）

ケイ･アロマテラピースクール　TEL&FAX 0466-54-2664