

ライフスタイルセラピスト ファーストコース 申込書

下記、内容をご確認頂き、ご理解、ご了承の上、お申込み頂きますよう、宜しくお願ひ申し上げます。

230701

※ 太枠内をご記入ください。

申請日

年

月

日

<お申込みについて>

- ・受講前に教材等を送付致しますので、希望講座日から3営業日前までにお申込み、お振込をお願いいたします。
- ・お申込代金のご返金はございませんので予めご了承下さい。
- ・講座のお申込み方法は申請書にご記入の上、写真をメール (info@fat-a.jp) にお送り頂き、本申請書の保管をお願い致します。
- ・20歳未満で、学生(学校法人に属している)の方は、ご受講いただけませんので、予めご了承下さい。

<受講について>

- ・講座がスタートしてから5分を過ぎてのご入室はお断りさせていただきますので予めご了承下さい。
- ・カメラオフ(顔出しなし)、運転中などのご受講は禁止としておりますので、予めご了承下さい。

<お申込み代金について> ※お支払い方法のいずれかに✓をしてください。

申込代金 13,790円(税込)	お支払い方法	<input type="checkbox"/> 現金振込	<input type="checkbox"/> クレジットカード払い
申込内容	受講料、テキスト代、ディプロマ発行代		

★お支払い方法でクレジットカード払いをご選択の方は、お申込書をご提出頂きましたら翌営業日までにクレジットカード決済用のWebサイトをメールにてお送りしますので、そちらを確認の上、決済をお願い致します。

<お申込み代金のご入金先について> ※振込手数料はお申込者様負担となります。予めご了承の程お願ひ申し上げます。

お振込先口座	三井住友銀行(0009) 船場(せんば)支店(122) 普通 2715300		
	フランスシキアロマセラピストキョウカイ タケダシロウ		
申込代金お振込名義		振込予定日	月 日

※お申込者とお振込名義に相違がある場合はご記入ください。

<講座の受講講師、受講希望日>

受講講師名	講師
受講日程	月 日 : ~ :

<お申込み者様情報>

フリガナ		生年月日	年 月 日(満 歳)
氏名			
電話番号			
メールアドレス			
フリガナ			
ご住所	〒 -		
送付先 (上記と異なる場合)	〒 -		

<ディプロマ発行名>

下記にご記入の通り(ローマ字(大小)、漢字、カタカナ)発行いたしますので、ご希望の発行名をご記入ください。

氏名	会社名・店名
----	--------

備考欄	
-----	--

フランス式アロマセラピスト協会

〒542-0012 大阪市中央区谷町6丁目3-9-2F

Mail info@fat-a.jp

ご紹介者様名