統合医療評価認証機構　メディカル・アロマセラピースクール

受講申込書

・受講希望曜日、日時など：（　　）（例：○曜日の 1:00～など）
※毎回ご希望に沿って決めていきますので、大体のご希望で結構です。ご一緒にご受講いただくグループ決めの参考にさせていただきます。

・受講希望コース：　　□プライマリーのみ　　□プライマリー・プロフェッショナル両コース

・ご一緒にご受講を希望される方がいらっしゃいましたら、その方のご氏名（　　）

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	年　月　日（　歳）
氏 名	㊞	性　別	（男・女）
現住所	〒	電 話	
		FAX	
		e-mail	
職 種	□会社員　□公務員　□アルバイト・パート　□医療従事者 □学生　□主婦　□無職　□その他（　　）		
	※医療従事者の方は、取得資格をお書きください（例：看護師）（　　）		
当スクールをどのようにしてご存知になりましたか	□ パンフレットを見て □ 友人・知人の紹介 □ 講習会に参加して □ ホームページを見て □ その他（　　）		
アロマセラピーの学習歴、経験の有無、アロマセラピー関係の資格をお持ちの方は資格の種類をお答え下さい。 （例：アロマテラピー検定 1 級合格。 ○○スクール通学歴 2 年 IFA 認定。サロン勤務歴 3 年　など）			
ご受講にあたり、何かご心配な点などがございましたらご記入下さい （例：小さな子どもがいるから通えるか心配。非常に敏感肌。など）			

- 受講をご希望の方は、受講申込書に必要事項をご記入の上、下記事務局に郵送にてお申し込み下さい。申込書をご提出いただきました後、受講料のお支払いなどについてのご案内をお送り致します。
- 原則として最低 2 名からの開講になります。ご希望される日時に人数が揃わなければ、揃うまでお待ちいただくことがございますのでご了承下さい。開始日については追ってご連絡致します。
- 受講場所は、人数により会場を変更することもございます。

メディカル・アロマセラピースクール事務局

〒567-0829　大阪府茨木市双葉町４-20　エクセル茨木ビル３０５号室
統合医療企画　　スクール担当係
TEL/FAX：　072-657-9538　　e-mail: school@imp-aroma.net　http://imp-aroma.net