

私は下記の受講を申込みます。(太枠内をご記入ください)

★印の部分は必須項目ですので、必ずご記入いただきますようお願いいたします。

3ヶ月以内に
撮影した写真の
裏に名前を
記入・貼付の上、
当日ご持参ください

フリガナ		フリガナ		
氏名★	(印)	勤務先 (サロン名)		
ローマ字★		所在地	〒 -	
自宅TEL★				
FAX		TEL		
携帯		領収書宛名	DM配布	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所★	〒 -	生年月日	年 月 日 (歳)	
E-MAIL★				
修了証NO.		担当講師		

●ご希望校：ご希望のスクールに「レ」チェックしてください。

<input type="checkbox"/>	大阪／心齋橋校	<input type="checkbox"/>	東京／五反田校
--------------------------	---------	--------------------------	---------

●受講選択：ご希望の開講コースをご記入ください。※プリアンファテクニカルカレッジホームページおよび資料をご参考ください。

※ファックスのない方は郵送でお送りください。受講料より切手代を差し引かせていただきます。お日にちのない場合は速達でも可能です。

FAX送信： 06-6251-4477

プリアンファテクニカルカレッジ事務局

総合受付／TEL06-6494-2424

<http://waiwai.co.jp/ashiya/>