



この度は、ハンドセラピス美容学院へ入学申し込みをいただきまして誠にありがとうございます。

必要事項をご記入いただき、052-253-8867までFAXしてください。

申し込みをされた時点で、ハンドセラピス利用規約 <https://ハンドセラピス.com/terms/> に同意したものとみなされます。

受講される方の写真を貼ってください。

- 縦 36～40mm
横 24～30mm
- 本人単身胸から上
- 裏面のりづけ

● 申込者の情報をご記入ください。

登録区分	<input type="checkbox"/> 個人として登録	<input type="checkbox"/> 法人・個人事業主として登録 <small>※1</small>	申込日	西暦 20 年 月 日
フリガナ			フリガナ	
会社名 屋号			代表者名	
フリガナ	□□□□□□□□			
上記住所	都道 府県 <small>※アパート・マンション・ビル名もご記入ください。</small>			
電話番号	() -	PCメール アドレス		
フリガナ		受講者名 ローマ字	性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
受講者名			生年月日	<small>※西暦でご記入ください。</small> 年 月 日

※1 法人または個人事業主としてライセンスを取得した場合、ライセンス講習を受けた方が何らかの事由で辞められることになっても、ライセンスを店舗に所属する他の方に継承することができます。
詳しくは「ハンドセラピス利用規約」 <https://ハンドセラピス.com/terms/> をご確認ください。

● ハンドセラピスを導入するサロン情報をご記入ください。

導入区分	<input type="checkbox"/> 新規開業予定 (開業予定日 年 月 日)				<input type="checkbox"/> 既存店舗に導入	<input type="checkbox"/> 個人で導入 (非営利)
導入先	<input type="checkbox"/> 上記情報と同じ (※上記情報と異なる場合は下記にご記入ください。)					
フリガナ			電話番号	() -		
サロン名			メール アドレス			
フリガナ	□□□□□□□□					
サロン 住所	都道 府県 <small>※アパート・マンション・ビル名もご記入ください。</small>					
URL						

● 希望要項・その他 ※該当する箇所にチェックしてください。

希望要項	講習月	<input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月 <input type="checkbox"/> 4月 <input type="checkbox"/> 5月 <input type="checkbox"/> 6月 <input type="checkbox"/> 7月 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 9月 <input type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 11月 <input type="checkbox"/> 12月											
	受講場所	<input type="checkbox"/> ハンドセラピス美容学院 名古屋本校	<input type="checkbox"/> 近くの マイスターサロン	サロン名	<small>※ご希望のサロンがある場合は、ご記入ください。</small>			<input type="checkbox"/> 出張希望					
	ランク	<input type="checkbox"/> ハンドセラピスト <input type="checkbox"/> ジュニアセラピスト											
	専用機器	<input type="checkbox"/> 購入を希望 <input type="checkbox"/> レンタルを希望											
	郵送先住所	<input type="checkbox"/> 申込者住所 <input type="checkbox"/> サロン住所											
紹介者名	<small>※ご紹介者がいる場合は、ご記入ください。</small>												
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> その他(<small>※疾患・通院などがあればご記入ください。</small>)												

特記
事項

受付日 検印

お問い合わせ
ご郵送先

株式会社エナジーセラピージャパン
ETJ運営事務局

〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内2-18-5サン丸の内ビル101
TEL. 052-253-8866 FAX. 052-253-8867 info@et-japan.co.jp