ハンドセラピス美容学院
入学申込書

https://ht-bs.jp

FAX 052-253-8867
※ETJ運営事務局までFAXしてください。

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://ht-bs.jp/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。

1. 縦 36〜40㎜
   横 24〜30㎜
2. 本人単身胸から上
3. 裏面のりづけ

● 申込者の情報をご記入ください。

登録区分	☐ 個人として登録　☐ 法人・個人事業主として登録 ※1	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	※アパート・マンション・ビル名もご記入ください。	
電話番号	(　　)　　－	PCメール アドレス	
フリガナ		受講者名 ローマ字	※ディプロマに表記されます。ヘボン式でご記入ください。
受講者名		性別	☐ 女性　☐ 男性
		生年月日	※西暦でご記入ください。 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://ht-bs.jp/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	☐ 新規開業予定（開業予定日　　年　　月　　日）　☐ 既存店舗に導入　☐ 個人で導入（非営利）		
導入先	☐ 上記情報と同じ （※異なる場合は下記にご記入ください。）	電話番号	(　　)　　－
フリガナ		メール アドレス	
サロン名		URL	
フリガナ	☐☐☐-☐☐☐☐		
サロン 住所	都 道 府 県	※アパート・マンション・ビル名もご記入ください。	

● 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	☐1月　☐2月　☐3月　☐4月　☐5月　☐6月　☐7月　☐8月　☐9月　☐10月　☐11月　☐12月
	受講場所	☐ ハンドセラピス美容学院 名古屋本校　☐ 近くの マイスターサロン［※ご希望のサロンがある場合は、ご記入ください。］　☐ 出張希望
	専用機器	☐ 購入を希望　☐ レンタルを希望
	郵送先住所	☐ 申込者住所　☐ サロン住所　☐ その他
紹介者名		※ご紹介者がいる場合は、ご記入ください。
健康状態		☐ 良好　☐ その他　※疾患・通院などがあればご記入ください。

● 利用規約の同意・説明担当者の確認

利用規約の同意	「**ハンドセラピス利用規約**」を理解し、同意の上でお申し込みされますか？　☐ はい、同意の上で申し込みします。
担当者の確認	あなたがハンドセラピス美容学院への申し込みを決めた際に、説明などを担当したのは以下の説明担当者欄に記載された方で間違いありませんか？　☐ はい　☐ いいえ　☐ わかりません

説明担当者名	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　〒460-0002 愛知県名古屋市中区丸の内2-9-24 Face日銀前 8F
ETJ運営事務局　TEL. 052-253-8866　FAX. 052-253-8867　info@et-japan.co.jp