

日本ヘアケアマイスター協会 学校会員 入会申込書

日本ヘアケアマイスター協会の活動趣旨・目的に賛同し、ここに入会を申請いたします。

年 月 日

学校名 _____ 印

住所 _____

代表者名 _____ 印

概要

学校名	
代表者氏名 (フリガナ)	
住所 〒 _____	
電話	F A X
ご担当者 (フリガナ)	
ご担当者のメールアドレス	

お取引先ディーラーがございましたら ご記入願います。

会社名

電話

担当営業名

■年間費(66,000円 税込) お振込み予定日 年 月 日

F A X 03-3438-8211 または郵送願います。

一般社団法人 日本ヘアケアマイスター協会
〒105-0013 東京都港区浜松町 1-17-8 佐藤ビル 4F

担当：砂山圭子

学校会員募集版