

銀座アロマテラピースクール講座申し込み書

(フリガナ) 参加者氏名	(フリガナ)
性 別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
当スクール受講経験	<input type="checkbox"/> 受講経験なし <input type="checkbox"/> 受講経験あり(受講年:_____ 受講講座名:_____)
住 所	ご記入いただいた住所宛てに、後日講座詳細をご送付させていただきます。
	〒
TEL	
E-mailアドレス	

※受講をご希望の講座にチェックもしくは講座名のご記入と、開催日時のご記入をお願いします。

AEAJアロマテラピーアドバイザー 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 火曜午前(未就学児ご同伴ok)コース(全6回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート <input type="checkbox"/> 火曜日午後コース(全6回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート <input type="checkbox"/> 週末集中コース(全3回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
AEAJアロマテラピーインストラク ター 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 週末(標準)コース(全12回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート <input type="checkbox"/> 週末(必須履修のみ)コース(全7回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
AEAJアロマセラピスト(学科) 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 週末(必須履修のみ * インストラクター資格保持者用)コース(全3回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート <input type="checkbox"/> 週末(必須履修のみ * アドバイザー資格保持者用)コース(全7回) 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
AEAJアロマセラピスト(実技) 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 全14回 コース 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
AEAJアロマハンドセラピスト 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 1日コース 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
AEAJアロマブレンドデザイナー 資格対応講座	<input type="checkbox"/> 全10回コース 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート <input type="checkbox"/> 全5回 集中コース 日時: _____年 _____月 _____日() _____時 _____分 スタート
精油の化学講座	<input type="checkbox"/> 全日程受講(全____回) _____年 _____月 _____日() スタート <input type="checkbox"/> 日別で受講(受講希望日) ① _____年 _____月 _____日() ② _____月 _____日() ③ _____月 _____日() ④ _____月 _____日() ⑤ _____月 _____日()
アロマテラピーステップアップ講座	<input type="checkbox"/> 講座名 : _____ ■開催日: _____年 _____月 _____日 ■時間: _____時 _____分 ~ _____時 _____分
1dayレッスン	<input type="checkbox"/> 講座名 : _____ ■開催日: _____年 _____月 _____日 ■時間: _____時 _____分 ~ _____時 _____分

ご注意事項:

※申込者が定員に満たない場合開講できない場合がございます。
 ※講師及び場所、カリキュラムは都合により変更する場合がございます。

【備考】

その他ご連絡事項がありましたらご記入をお願いします。