

グリーンピール本部 事務局(研修場所: _____)

私は貴校の校則に従い、ここにグリーンピールテクニックの受講を申し込みます。

受講者氏名	姓	名		
ふりがな				
ローマ字表記	姓	名		
生年月日	西暦	年	月	日(満才)
				性別(男・女)
				未婚・既婚
現住所	〒 _____			
電話番号	Tel		Fax	
携帯番号				
e-mailアドレス	_____ @ _____			
携帯アドレス	_____ @ _____			
サロン名				
サロン住所				
サロン電話番号	Tel		Fax	
実務経験・サロン名	フェイシャル	ボディ	脱毛	その他
	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月
	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月
Total	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月	年 ヵ月
資格・認定	フェイシャル	ボディ	脱毛	その他

- ・受講の際、ビデオ撮影や録音をご遠慮下さい。
- ・受講時間は1日6時間が原則です。時間の如何に関らず1日3万円の受講料を申し受けますのでご了承下さい。
 (受講申し込み後のキャンセルにつきましては、別途キャンセル手数料を頂く場合がございます。)
- ・技術指導時には、グリーンピール専用商材が必要となります(別途トレーニングキット有り)

申込日 年 月 日

氏名 _____

印

・クリスティーネシュラメック社グリーンピールテクニックのディプロマ発行手数料として別途1万円申し受けます。

返信用FAX 東京 03-6416-8604
 福岡 092-400-6339

実務経歴書

年 月 日

グリーンピール本部 事務局

(研修場所: _____ 受講予定日: 年 月 日)

フリガナ			
受講者氏名			
現住所	〒 _____		
電話番号		携帯番号	
サロン名		生年月日	西暦 年 月 日
サロン住所	〒 _____		

◇実務経験の期間及び内容 (実務では施術の内容や使用商材など詳しく記載ください。)

会社名(サロン名)	期 間	職務内容(施術内容)	使用商材名	使用機器
	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 月 日 ~ 年 月 日			
通算期間	年 月			
返信用 FAX	東京事業所 03-6416-8604		福岡本部 092-400-6339	

- 受講申込は研修予定日の14日前までに提出お願いいたします。
- グリーンピール本部研修(東京・福岡)において定員に満たない場合はモデルを準備いただく場合があります。
- モデルの準備ができない場合は早めにお申し出ください。本部の方で手配いたします(モデル料 1日 ¥5,000)
(但し、モデルキャンセルの場合は全額キャンセル料が発生いたします)

