

アイラッシュ検定申込書

申込日 年 月 日

フリガナ

氏名

生年月日 (西暦) / / ()歳

現住所 〒

電話番号 () 携帯電話 ()
e-mail/

勤務先(学校) 電話番号 ()

お受けいただくコースに○をお付けください。

3級 / 2級 / 1級 / トップアイラッシュアーティスト

第1希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

第2希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

第3希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

※検定対策をご希望される方のみご記載ください。

第1希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

第2希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

第3希望日時 月 日 10時～ ・ 14時～

◎平日のみになります。

◎受講日より7日前のキャンセルに関してのご返金はいたしかねますので、ご了承ください。

平成 年 月 日

サイン

ヴィーナス・アイラッシュアカデミー
東京本校学院長 吉川 みつこ

FAX.03-5785-2826