

FAX送信方向

エステティックサロン認証申請説明会 申込用紙

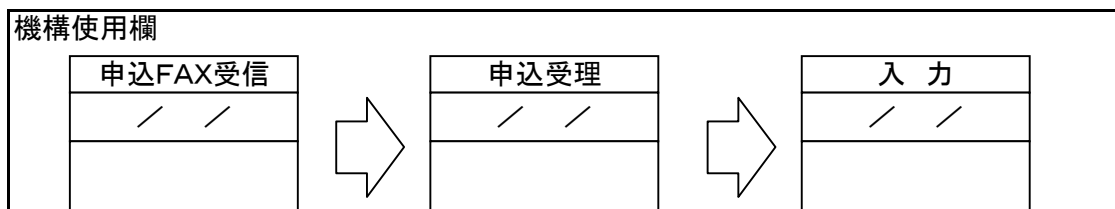
貴サロン名	フリガナ 運営会社名 ()		
ご担当者名	フリガナ	様	参加希望人数 名
ご住所	フリガナ 〒		
電話番号	() -	FAX番号	() -
所属 業界団体名			

FAX番号 03-3230-8003

参加希望会場 (いずれかに○印)	東京	名古屋	大阪	金沢
	5月21日	6月9日	6月10日	6月11日

※参加希望会場いずれかに○印をつけて下さい。
 複数会場に参加申し込みいただく場合は、大変お手数ですが会場ごとにお申し込み下さいますようお願い致します。
 ※お申し込みの受付は、先着順とさせていただきます。また、お申し込み頂き当日お見えにならなかった場合は、次回以降の参加をご遠慮いただく場合もございますのであらかじめご了承下さい。
 ※事前のお申し込みが必要な定員制とさせていただきます。事前のお申し込みがない場合(お申し込みなしで会場に直接お越しいただいた場合等)は参加をお断りさせていただきますので、あらかじめご了承下さい。

ご質問などあればご記入ください(説明会時の参考とさせていただきます)



メモ

※申し込み完了のご連絡は致しません。会場が定員に達し、ご参加いただけない場合のみご連絡させていただきますのであらかじめご了承下さいますようお願いいたします。

個人情報の取り扱いについて
 ご提出いただきました個人/団体の情報(以下「個人情報」といいます。)は今後の当機構の各認証制度についての調査結果のご連絡、及び今後の認証制度についての改善の目的に限って利用させていただきます。個人情報の取り扱いにつきましては、個人情報保護に関する法令を遵守して厳重に管理し、個人情報の保護を図ります。また個人情報の開示、訂正、及び削除につきましては、下記機構宛にご連絡いただきますようお願いいたします。