

FAX 03-5501-1805

一般社団法人日本エステティック業協会 行

発信日 年 月 日

入会希望ヒアリングシート (本表は入会申込書ではありません)

貴社名		サロン名	
代表者名		代表者 前職	
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
店舗数		営業年数	
施術内容	フェイシャル %、ボディ %、痩身 %、脱毛 % その他()		
	アートメイク レーザー脱毛について (実施している場合) 【メーカー名】	実施している	実施していない 実施していない 【機種名】
従業員	エステティシャン人数 内有資格者 資格種類	名 名	
ホームページ	有 無 ある場合 URL: _____ ない場合 作成予定あり(時期 年 月頃) 予定なし 入会を機に作成する		
入会動機	(当協会を何でお知りになりましたか)		
紹介者名			

本シート受信後、後日改めて当協会よりご連絡申し上げます。