

一般社団法人プレーマアールヴェーダ入会申込書(新規・継続)

入会申込日 年 月 日

フリガナ			
氏名	登録される方の名前をご記入下さい。		
サロン・店舗名	勤務されているサロンの名前をご記入下さい。		
施術内容	施術内容を全てご記入下さい。		
ご自宅住所			
電話番号	ファックス番号		
ホームページアドレス			
E-MAILアドレス			
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先電話	勤務先ファックス		

資格取得 セラピスト・エステシャン・アロマ等の資格をお持ちの方はご記入下さい。

取得年月	資格名	発行先
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

経歴・職歴 セラピストとしてのご勤務がある場合ご記入下さい。

年月	勤務先	勤務内容
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

協会費支払方法 月会費払い 1,080円 年会費払い 11,880円(1か月分無料)
 入会金 5,040円

月会費払いは初回清算時に入会金+2か月分前払い、3か月目よりカードにて毎月定額支払いになります。
 詳しくはお問合せ下さい。

協会ホームページ掲載希望 資格取得者は、サロン名・セラピスト名を記載できます。
 希望する 希望しない

入会申込書ファックス番号 03-5148-0630

クレジットカード情報

番 号

名 義
(ローマ字)

※ 名前と苗字の間にスペースを空けてください。

有効期限 / 月/年

セキュリティコード

VISA MASTER
 JCB AMEX