

一般財団法人みなみストレスカウンセリング  
資格講座 FAX送信用申込用紙

記入日 年 月 日

※FAX で送信していただきますので、黒色のペン等ではっきりと記入してください。

**希望講座** 希望する講座の□に☑を入れてください。

- アロマコーディネーターライセンス資格取得講座
- メンタル心理カウンセラー資格取得講座
- メンタル心理アドバイザー資格取得講座

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日(西暦)	年 月 日
職業			
現住所	〒 <input type="text"/> <small>※マンション等にお住まいの方は、建物名までご記入ください。</small>		
電話番号	(自宅) <input type="text"/>	(携帯電話)	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>		

講座開始の日時・曜日など

アロマ歴(精油・今後の計画等) ※アロマコーディネーターライセンス資格取得講座希望の方のみご記入ください。

講座料金のお支払い方法

現金

振り込み

**送信先 FAX.082-264-3011**

※いただいた個人情報は、資格講座の受講に必要な目的にのみ利用いたします。 ※個人情報の提供に同意のうえ、送信してください。