

アロマセラピー単発セミナーお申込シート

お申し込みはFAXまたは郵送でお願い致します
(FAX: 075-354-7626)

ジャパン・エコー・デ・アロマセラピー 行

お申し込み日 年 月 日

お申込団体名 (または代表者名)	
部署・ご担当者名	
所在地・連絡先	〒
	TEL: FAX: メールアドレス
目的または主旨	例1)従業員の福利厚生のため 例2)病院職員にアロマセラピー指導をして欲しい...等
セミナー希望日時	第一希望 第二希望
セミナー時間	午前 / 午後 : ~ :
セミナー内容について ご希望があれば詳しく ご記入ください	
セミナー会場	
ご予算	(全体予算: ¥) ・講師料: ・交通費: ・材料費: ・アシスタント費:
その他希望	
備考	

講師料・材料費等はセミナー開催月の翌月末までに下記の 座までお振込み下さい。詳細については別途請求書を発行致します。
お振込み先... 郵便局 記号 14160 番号 90173961 名義 株式会社サンリツ

上記のとおり、セミナーの申込を致します。

会社名

印

担当者