アロマセラピスト派遣　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・エコール･デ･アロマテラピー　行

お申込日　　年　　月　　日

①　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：
②　施術対象の方	例１）　終末期の方　　例２）　認知症の方　　…等
③　派遣希望曜日 及び、派遣人数	第一希望：　第　　週　　曜日　　セラピスト：　　名 第二希望：　第　　週　　曜日　　セラピスト：　　名
④　派遣希望時間	午前　／　午後　　：　　～　　：
⑤　ご希望される形態 （いずれかに〇をしてください）	１）有料　→　Ａ）　時給又は日給で支払う Ｂ）　施術件数分を支払う ２）ボランティア　→　材料費について　Ａ）１回の訪問につき 1,000 円払う Ｂ）材料は施設で購入する →　交通費について　Ａ）負担する Ｂ）負担しない **３）まだ導入検討中の為、アロマセラピスト派遣についてＪＥＡと面談を希望する**
⑥　有料でのセラピスト 派遣をご希望される 場合にご記入ください	給与条件：時間給(　　円)　：日給(　　円) ：歩合給(　　円)　：その他(　　) 交通費：1日／　　円まで　　：負担なし
⑦　その他希望	
⑧　備　考	

上記のとおり､セラピスト派遣の申込を致します。

印

会社名　　担当者