

(社)日本オリキュロセラピー協会

Japan Auriculo Therapy Association

【統括サロン(協会会員権) 申請書】

協会の規約に基づき、下記の通り統括サロンとして申請致します。 申込日 平成 年 月 日

申 請 者	フリガナ		フリガナ		印
	会社・サロン名		代表者名		
	フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
	担当認定講師		希望会場	都・道・府・県	
	フリガナ				
	現住所	〒□□□-□□□□			
	電話番号	() -	FAX番号	() -	
	携帯番号	() -	Eメール (必須)		
内 訳	<input type="checkbox"/> 統括サロン	加盟金	150万円 (地区加盟金)		
	<input type="checkbox"/> 理事認定料	スペシャリスト	150万円 (初年度年会費・認定試験料 込)		
	<input type="checkbox"/> 合計		300万円		
振 込 口 座	銀行名	記号	番号	口座名義人	
	ゆうちょ 銀行				

*受講時期は自由です。

【推薦者】

氏名	
住所	
TEL	
FAX	
携帯 TEL	

【持参用具】 証明写真1枚・筆記用具・ノート

振込金額収書貼付欄
お手数ですが振込み完了後、振込金額収書のコピーを貼付の上、FAX願います。
(振込先)
ゆうちょ銀行 記号 17420
番号 57687491
他金融機関より振込の場合
店名 七四八(店番748)
(普通) 5768749
(名義) (社)日本オリキュロセラピー協会

【(社)日本オリキュロセラピー協会 福岡天神サロン】

〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目4-20 天神サロン703

TEL 092-406-7843

FAX 092-406-7846

(社)日本オリキュロセラピー協会

Japan Auriculo Therapy Association

【協会会員権 受講申込書】

協会の規約に基づき、下記の通り受講を申し込みます。 申込日 平成 年 月 日

受 講 申 込 者	フリガナ		フリガナ		印
	会社・サロン名		代表者名		
	フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
	受講者名		希望会場	都・道・府・県	
	フリガナ				
	現住所	〒□□□-□□□□			
	電話番号	() -	FAX番号	() -	
	携帯番号	() -	Eメール (必須)		
コ ー ス	<input type="checkbox"/> 理事・スペシャリスト スペシャリスト		150万円 (初年度年会費・認定試験料 込)		
	<input type="checkbox"/> 認定講師	アドバンス	70万円 (初年度年会費・認定試験料 込)		
	<input type="checkbox"/> セラピスト	ベーシック	25万円 (初年度年会費・認定試験料 込)		
	<input type="checkbox"/> 資格試験料	10,000円	<input type="checkbox"/> モデル手配料	5,000円(必要・不要)	
振 込 口 座	銀行名	記号	番号	口座名義人	
	ゆうちょ 銀行				

*受講時期は自由です。

【推薦者】

氏名	
住所	
TEL	
FAX	
携帯 TEL	

【持参用具】証明写真1枚・筆記用具・ノート

振込金領収書貼付欄
お手数ですが振込み完了後、振込金領収書のコピーを貼付の上、FAX願います。
(振込先)
ゆうちょ銀行 記号 17420
番号 57687491
他金融機関より振込の場合
店名 七四八(店番748)
(普通) 5768749
(名義) (社)日本オリキュロセラピー協会

【(社)日本オリキュロセラピー協会 福岡天神サロン】

〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目4-20 天神サロン703

TEL 092-406-7843

FAX 092-406-7846