

PRIMADONNA Beauty College

Eyelash Extension 受講申込書

200 年 月 日			
フリガナ			男・女
氏名			
フリガナ			
住所	〒 -		
生年月日	昭和・平成	年	月 日 歳
電話番号			
FAX			
携帯番号			
メールアドレス			
フリガナ			
本籍	〒 -		
勤務先 または 学校名	電話番号		
ご希望のコース 受講料	電話番号		
ご要望・質問			
受講にあたって 今後の方針	<input type="checkbox"/> 趣味 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 独立開業 <input type="checkbox"/> メニュー追加、新技術習得 <input type="checkbox"/> プロ希望 <input type="checkbox"/> サロンワーク		
備考			