

「ハートフル美容師養成研修」受講(仮)申込書

《提出先：所属支部長又は県組合事務局》

新潟県美容業生活衛生同業組合 行

平成 年 月 日

「ハートフル美容師養成研修」の受講を希望しますので、下記の通り申込み致します。

■受講希望者氏名 ふりがな 氏 名	■店舗名
	■店舗TEL&FAX TEL () — FAX () —
■店舗住所 [〒 —]	
■資格の有無 (現在有している資格があれば○を付け、 <u>証明書のコピーを添付</u> してください) 保健師 看護師 介護福祉士 訪問看護師 (ホームヘルパー) 1級 訪問看護師 (ホームヘルパー) 2級 訪問看護師 (ホームヘルパー) 3級 * 申込書1枚につき、1名のお申込みでお願い致します。(複数の場合コピーしてご使用ください)	