

2015
 アクセンツ サーティファイド エducーター

A. C. E. (アクセンツ認定講師)養成セミナー 申込書

講習希望日

申込日 年 月 日

コース名	日程	チェック欄
養成セミナー 1日目	2月5日(木)	
養成セミナー 2日目	2月6日(金)	
養成セミナー 3日目(試験)	2月26日(木)	

フリガナ			TEL	()
氏名			携帯	()
ローマ字			FAX	()
E-mail				
住所(自宅 <input type="checkbox"/> / サロン <input type="checkbox"/>)	〒		都道府県	
勤務先/サロン名				
ネイル歴	年	職 業	サロン経営 <input type="checkbox"/>	
ジェル歴	年		ネイルサロン <input type="checkbox"/> 美容室 <input type="checkbox"/> その他()	
ネイル検定級			サロンスタッフ <input type="checkbox"/>	
<JNA検定> 無 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 認定講師 <input type="checkbox"/> 本部認定講師 <input type="checkbox"/>			ネイルサロン <input type="checkbox"/> 美容室 <input type="checkbox"/> その他() フリーネイリスト <input type="checkbox"/>	
<INA検定> 無 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/>			その他 <input type="checkbox"/> ()	
アクセンツ講習受講日(修了日)				
<基礎>	年	月	日	担当講師名 _____ 先生
<応用>	年	月	日	担当講師名 _____ 先生

※すべて必須項目です。記入もれのないようお願い致します。

お申し込み・お問い合わせ： 滝川株式会社 ネイル事業部
 TEL: 03-5821-0386 / FAX: 03-5821-0225