

記入日: (西暦) 年 月 日

ハーブスペシャリスト 養成講座 受講申込書 FAX用

希望開始日
(日程はお問合せ
ください)

氏 名 (フリガナ)

生年月日

現住所

〒

TEL [自宅]

[携帯]

E-mail

勤務先

日本ハーブセラピスト協会
〒163-1490 東京都新宿区西新宿3-20-2 東京オペラシティタワー2F
(株)ジェイ・コミュニケーション・アカデミー内
TEL 03-3373-2378 / FAX 03-5333-2307