

▽セミナーお申し込みシート①

セミナーお申し込みシート①②に必要事項を記載し、お振込み控えを貼ったあと、セミナーお申し込みシート①②を、一緒にFAXして下さい。

FAX : 048-528-2829

※ セミナーお申し込みシート①②を、FAX されないと、セミナー予約にはなりません。ご了承願います。

※ お手数ですが、FAX 後、必ず、受講内容の確認を学会本部までお電話ください。TEL048-528-2828

※ 非会員の方は、お手数ですが、看護職であることを証明できる看護師免許証なども、ご一緒にFAX 願います。

○希望セミナー

- 『精油と植物油の知識ステップ1』 6月6日 大阪会場
(□会員¥5,000 □非会員¥7,000)
- 『アロマセラピー基礎技術①』 6月7日 大阪会場
(□会員¥10,000 □非会員¥15,000)
- 『アロマセラピー基礎理論』 6月26日 札幌会場
(□会員¥2,500 □非会員¥3,500)
- 『アロママッサージの基礎』 6月27日28日 札幌会場
(□会員¥40,000 □非会員¥60,000 □再受講会員¥20,000 □再受講非会員¥30,000)

- 『アロマセラピー基礎技術②』 7月11日 大阪会場
(□会員¥15,000□非会員¥20,000□再受講会員¥7,500□再受講非会員¥10,000)
- 『アロママッサージ 腹部 』 7月12日 大阪会場
(□会員 20,000□非会員¥30,000□再受講会員¥10,000□再受講非会員¥15,000)
- 『アロママッサージの基礎』 7月25日26日 大阪会場
(□会員¥40,000 □非会員¥60,000 □再受講会員¥20,000 □再受講非会員¥30,000)

- 『アロママッサージの基礎』 8月8日9日 福岡会場
(□会員¥40,000 □非会員¥60,000 □再受講会員¥20,000 □再受講非会員¥30,000)
- 『アロマセラピーの基礎 集中セミナー』 8月17日~23日 東京会場
(□会員 ¥100,000□非会員¥120,000□早割り会員¥95,000□早割り非会員¥115,000)

○セミナー参加費 合計金額 ¥

○氏名 : ①(代表者) _____ [□セラピー学会会員 No □非会員]
[□看護師 ・ □助産師 ・ □保健師]
[日本アロマセラピー学会認定看護師・助産師・保健師の認定の有無 □有 ・ □無]

○TEL: _____ ○携帯: _____
(代表者) (代表者)

▽セミナーお申し込みシート②

セミナー料金をご入金後、お振込控え、もしくは、お振込み控えのコピーを下記に貼り、セミナーお申込みシート①といっしょにFAXして下さい。

セミナー料金お振込み控え、もしくは、お振込み控えのコピーをここに貼ってください。

○氏名：①(代表者) _____ [セラピー学会会員 No 非会員]
[看護師 ・ 助産師 ・ 保健師]
② _____ [セラピー学会会員 No 非会員]
[看護師 ・ 助産師 ・ 保健師]
③ _____ [セラピー学会会員 No 非会員]
[看護師 ・ 助産師 ・ 保健師]

○住所：〒 _____
(代表者) _____

○TEL： _____ ○携帯： _____
(代表者) (代表者)

○FAX： _____ ○E-mail： _____
(代表者) (代表者)