

免疫ビオティックアカデミー イムライズサロン ディプロマ発行依頼書

平成 年 月 日

■資格取得者情報 ※太枠内は記入必須事項です。

資格取得者情報	氏名	フリガナ _____	連絡先	携帯	
				E-MAIL	
	住所	フリガナ 〒 _____			
	資格コース	<input type="checkbox"/> ボディコース	<input type="checkbox"/> フェイシャルコース	<input type="checkbox"/> 腸デトックスコース	
受講日	年 月 日 ~ 月 日	年 月 日 ~ 月 日	年 月 日		
勤務先情報	会社名	フリガナ _____	店舗名	フリガナ _____	
	会社住所	フリガナ 〒 _____			
	ホームページ		電話番号		
※ ディプロマの送付先 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先					
免疫ビオティックアカデミーのホームページへ掲載希望する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。		<input type="checkbox"/> 個人名	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> 勤務先住所	<input type="checkbox"/> 勤務先電話番号
		<input type="checkbox"/> ホームページURL			
個人用ディプロマ発行用					
※お名前をローマ字で正確にご記入下さい					
認定店舗用ディプロマ発行用					
※店舗名をローマ字で正確にご記入下さい					

本部事務局使用欄

講座受講日（取得日）	受講会場	講師名
平成 年 月 日 ~ 年 月 日		

申請日	受講者ID	ディプロマ発行NO
平成 年 月 日		S B
		S F
		S C

受付者	制作	発送
/	/	/