

免疫バイオティックアカデミー イムライズサロン養成講座 開催依頼書

講座開催の7日前までに枠内の必要事項にご記入の上、ご署名・捺印後、FAXまたは郵送で本校事務局までお送りください。

ヒマラヤンセラピーボディコース			
受講者氏名	サロン名	受講日	場所
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	

ヒマラヤンセラピーフェイシャルコース			
受講者氏名	サロン名	受講日	場所
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	
		年 月 日～ 月 日	

ヒマラヤンセラピー腸デトックスコース			
受講者氏名	サロン名	受講日	場所
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

上記の日程で講座を開催いたします。 平成 年 月 日 講師名 印

〒850-0862 長崎市出島町4-4-2F
TEL/FAX 095-895-8803
一般社団法人免疫バイオティックアカデミー

弊社記入欄

販売社について	一般社団法人 免疫バイオティックアカデミー 〒850-0862 長崎市出島町12-21 TEL/FAX : 095-895-8803 理事長 藤井 はづき	受付日	平成 年 月 日
		担当者	