

アルク フットケアスクール 入学願書

お申込み日 年 月 日

フリガナ		
氏名		印
ローマ字		
生年月日	昭和・平成	年 月 日 (才)

写真をお貼り
ください
(縦4cm×横3cm)

フリガナ			
住所	〒		
電話番号		携帯電話	
E-mail		携帯メール	
勤務先 または 学校名	名称		
	所在地		
最終学歴		職歴	
志望動機			
将来の志望			
下記にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 弊社サロン勤務 <input type="checkbox"/> 就職(他社) <input type="checkbox"/> 独立開業 <input type="checkbox"/> インストラクター <input type="checkbox"/> その他			
志望コース			
<input type="checkbox"/> 短期集中コース <input type="checkbox"/> 3か月日曜日コース <input type="checkbox"/> リフレクソロジーコース			
<input type="checkbox"/> ウォーキング講座 <input type="checkbox"/> 看護師・介護士コース <input type="checkbox"/> 高齢者施設で働いている方コース			
(月 日開始コース希望)			

上記事項を漏れなくご記入後、アルクフットケアスクール事務局までご郵送ください。
後程当スクールからご連絡させていただきます。