

FAITH

ラ メ ラ モード ラ メ ラ ベール イーエックス
LAMELLAR MODE LAMELLAR VEIL EX

ラメラシリーズ導入講習会 申し込み用紙

下記にご記入のうえ、FAXでお申し込みください

貴社名					
サロン名		スタッフ 人数	人	店舗数	店
代表者名	担当者名				
住所	〒 -				
電話番号	メールアドレス				
FAX番号					
仕入先名	仕入先 担当者名				

講習を受けられる日が分かれる場合は、どの方がどの会場での日に参加されるかを必ずご記入ください

希望講習会場を○でかこんでください

会場名	大阪・東京・名古屋・福岡	参加日
フリガナ		月 日
ご参加者 氏名		

会場名	大阪・東京・名古屋・福岡	参加日
フリガナ		月 日
ご参加者 氏名		

会場名	大阪・東京・名古屋・福岡	参加日
フリガナ		月 日
ご参加者 氏名		

会場名	大阪・東京・名古屋・福岡	参加日
フリガナ		月 日
ご参加者 氏名		

< 受講お申し込み先 >

株式会社フェイスビューティ 営業本部

FAX : 06-6945-6653