

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 | | 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