

# 受講申込書

規約を承諾し受講を希望します。

申込み年月日 年 月 日

氏名 生年月日 年 月 日

ご住所

電話番号

携帯番号

ご紹介者

- ☆ 当サロンでは、講座にあたり、細心の注意を払ってはおりますが、講座中の怪我、盗難について当サロンでは一切の責任は負いかねますので、自己責任でお願い致します。
- ☆ 講師の急病、天災地変、交通機関の乱れにより、予定したクラスが当日休講になる場合はご容赦下さい。
- ☆ 当サロンが他の生徒さんにご迷惑になると判断した場合、おやめいただくことがあります。
- ☆ 受講料、認定試験検定料、再試験料など納金された代金はいかなる理由がありましてもご返金には応じません。
- ☆ 当講座の受講、及び認定試験の最終期限は、お申込みご入金後翌日から半年間とさせていただきます。

以上、受講規約を確認、承諾し、受講を希望します。

署名

印

***Orient medical beauty salon Salon de 875***

〒558-0004 大阪市住吉区長居東3丁目13-31

TEL06-6695-5408