

ネイルトリムエキスパートメンバーズ 申込書

申込日 年 月 日

ふりがな

氏名

携帯電話 ()

E-mail @

PLACTICE ③ 受講日 年 月 日

在籍サロン住所 〒 ー

在籍サロン電話番号 ()

これまでのヘルスネイルケア経験年数 年 ヶ月

これまでのヘルスネイルケア施術数 人



NAILTRIM