



送信  
方向

FAX 052-725-9388

株式会社ケーエム・カムトゥルー 行

# エステプロ・ラボ認定サロン講習会参加申込書

## ①申込

下記空欄部分をご記入後、FAXにてお送りください。

お申込の締め切り日は、受講日7日前（土日・祝日を除く）までとさせていただきます。  
お申込の前に「GRAN PRO商品取扱誓約書（兼 登録申請書）」を必ずご提出ください。

## ②受講

講習会を受講する際は、1講座につき1枚、受講チケットが必要となります。  
お持ちでない方は、会場にて1枚1,080円（税込）でお買い求めください。

開催地

受講日

年 月 日

講座コード	内容
A	酵素の基礎講座/腸内細菌学
B	ファスティング講座
C	ダイエットの基礎講座
D	水の基礎講座/水素の基礎講座
E	腸の基礎講座
I	DNA検査講座

## お申込者様情報

サロン名	例) ○○○サロン △△店		
お申込者様①		お申込者様②	
氏名	(ふりがな)	氏名	(ふりがな)
参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください	参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください
E-mail		E-mail	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
お申込者様③		お申込者様④	
氏名	(ふりがな)	氏名	(ふりがな)
参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください	参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください
E-mail		E-mail	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
お申込者様⑤		お申込者様⑥	
氏名	(ふりがな)	氏名	(ふりがな)
参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください	参加講座	A . B . C . D . E . I ※申し込みたい講座を○で囲んでください
E-mail		E-mail	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

【お問い合わせ】 株式会社ケーエム・カムトゥルー TEL: 052-794-8677 FAX: 052-725-9388