

# 日本メディカルアロマセラピー協会 会員登録申込書

年 月 日申込

個人登録 法人・団体登録（どちらかをチェックしてください）

フリガナ			
法人・団体名			
フリガナ			
代表者名			
※法人・団体登録の場合はご記入ください。			
フリガナ	性別	男 ・ 女	
お名前	生年月日	年 月 日	
印	血液型	A ・ B ・ O ・ AB	
※法人・団体登録の場合は、担当者についてご記入ください。			
自宅住所			
フリガナ			
〒	-	-	-
都 道	市 区		
府 県	郡		
-----			
電話番号	-	-	
FAX番号	-	-	
携帯電話	-	-	
アドレス			ML登録
Eメール			<input type="checkbox"/> する
携帯メール			<input type="checkbox"/> する
ホームページ			
ブログ			

■日本メディカルアロマセラピー協会認定資格をお持ちの方は丸で囲んでください。  
認定スペシャリスト・認定アドバイザー・認定ペットメディカルアロマセラピスト

■日本メディカルアロマセラピー協会認定講座受講中の方はご記入ください。

受講講座名： \_\_\_\_\_

受講スクール名： \_\_\_\_\_

日本メディカルアロマセラピー協会  
〒 168-0822 東京都新宿区下宮比町 2-28 飯田橋ハイタウン 314  
TEL: 03-5227-1836 FAX: 03-5227-1837