

受付番号 _____

「爪切り屋」メディカルフットケア JF 協会

開講申請書

教室名	
教室開設日	西暦 年 月 日
代表者名	
一級修了日	西暦 年 月 日
教室住所	
電話番号	
FAX 番号	
E-Mail	
講師名	
その他 (HP アドレス等)	

上記のとおり理事会に申請致します

年 月 日

代表者名 _____

Ⓔ