

素的生活倶楽部アロマボランティア登録

受付日 年 月 日

※太枠の部分をご記入ください

名前	
生年月日	年 月 日 歳
住所	〒
職業	
電話番号	固定: 携帯:
メールアドレス	携帯: パソコン:
お持ちのアロマセラピスト資格	<input type="checkbox"/> IFA <input type="checkbox"/> IFPA <input type="checkbox"/> ITEC <input type="checkbox"/> AEAJ <input type="checkbox"/> AAJ <input type="checkbox"/> NARD <input type="checkbox"/> その他()
アロマセラピー施術経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 か月)
アロマセラピーに関するボランティア経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) (期間)
ボランティア参加希望曜日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 その他の条件:
本年度のボランティア保険加入の有無	<input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入済

(株)素的生活倶楽部は、個人情報厳正に管理し、その利用・提供においては、法令に基づく場合を除き本人の同意を得た目的(ボランティアの連絡等)の範囲内でのみ利用いたします

以上をご記入の上、ファックスまたは郵送にて下記にご提出ください

〒616-8185 京都市右京区太秦開日町 10-6
素的生活倶楽部アロマセラピースクール 「素的生活ボランティア倶楽部」まで
ファックス 075-200-4022

事務局記入欄 (ここには記入しないで下さい)

登録ナンバー	
ボランティア保険	
備考	