

**公益社団法人 日本アロマ環境協会認定アロマセラピスト
トリートメント実技試験願書**

西暦 年 月 日

会 員 番 号		会 員 区 分	<input type="checkbox"/> 法人登録会員 <input type="checkbox"/> 個人正会員
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
T E L		F A X	
携 帯 電 話			
E-mail アドレス			
受 験 希 望 認 定 校	<input type="checkbox"/> 有 (認定校名:) <input type="checkbox"/> 無		
アロマセラピスト カルテ演習	<input type="checkbox"/> 修了 <input type="checkbox"/> 作成中 <input type="checkbox"/> 提出中 (年 月提出済 / <input type="checkbox"/> 認定校 <input type="checkbox"/> AEAJ)		
実技試験受験経験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月受験 受験認定校名:)		
受 験 希 望 日 時 (曜日、時間帯あるいは具体的 な日時を1~2カ月にわたり少な くて第3希望まで記載)			
受 験 料 振 込	<input type="checkbox"/> 済 (月 日) <input type="checkbox"/> 予定 (月 日)		

- 実技試験当日に実技試験モデルを用意、同伴することができます。
- 受験に必要な備品を用意することができます。

署名 _____ 印

※ご記入いただいた個人情報は、実技試験運営上の目的のみに使用いたします。