

一般社団法人日本まつ毛エクステンション認定機構
サロンスタッフ登録申請書 《機構登録サロン・機構認証サロン》

申込日 西暦 年 月 日

※法人会員、法人パートナー会員の方は会社名をご記入下さい。

		会員番号	※事務局記入欄
ふりがな		ふりがな	
氏名又は会社名		代表者名	
ふりがな	必須：ビル・マンション名		
所在地	〒 都道府県		
TEL		FAX	

※施術するスタッフの方のみ、ご記入ください

No.	(ふりがな) スタッフ名	美容師免許登録番号	衛生管理士	安全技術師	3級	2級	1級	認定講師
1			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
2			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
3			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
4			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
5			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
6			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
7			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
8			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
9			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
10			有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無



一般社団法人日本まつ毛エクステンション認定機構
 TEL:03-6262-6167 FAX:03-6262-6168

事務局記入欄

デ	登依	登発	H依