



TOP THERAPIST COLLEGE

トップセラピストカレッジ



パートナーズスクール・エントリー用紙（ご紹介用）

提携システムの趣旨・内容をご理解いただきました上で、パートナーズスクールのエントリーを希望します。
別途以下が必要な方は○で囲んでください。

資料送付を希望する ・ **別途説明を希望する**

貴サロン名（または貴社名）	
ご担当者様名（フリガナ）	
〃（漢字）	
御 役 職 名	
御 住 所	〒 -
メー ル ア ド レ ス	@
U R L	http://
電 話 番 号（携帯可） ※ご連絡のつきやすい時間帯があればお教えてください。	
Facebookの アカウント表示名	
ご紹介サロン様名 （またはご担当者名）	
貴サロンの施術内容	
スクール生の性別制約	女性のみ 男性のみ 男女とも可（同時・授業分離）
ご 質 問 等	

※弊社よりサロンのご担当者様（責任者様）へご連絡申し上げます。

トップセラピストカレッジ パートナースクール事務局

FAX 03-5469-2040 mail partner-school@relax-museum.co.jp