

「訪問福祉理容セミナー」受講希望者

支部 _____

氏名	サロン名	住所
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

※受講者が15名を超える場合お手数ですが、コピーをしてお使い下さい。

10月20日までに組合事務局迄送付又はFax願います。(Fax019-622-4766)