



# Twins Cure

Nail School

## 入学願書

申込日 年 月 日

氏名	ふりがな		生年月日		年齢	写真
			年 月 日			
住所	自宅	〒 -	ふりがな			TEL
						自宅
					携帯	
	連絡先	〒 -	ふりがな			TEL
勤務先	勤務先名(学校)		ふりがな			
(学校)	住所		ふりがな			TEL
	<input type="checkbox"/> プロフェッショナル <input type="checkbox"/> インテンシブ <input type="checkbox"/> ジェル <input type="checkbox"/> その他(                      ) <input type="checkbox"/> テクニカル <input type="checkbox"/> ベーシック <input type="checkbox"/> フリー(                      )                      変更可					
学歴・職歴	年月日	経歴				
保護者	氏名	ふりがな			続柄	TEL
	住所	〒 -	ふりがな			

入学希望の方は、こちらの入学願書をご郵送下さい。追ってこちらよりご連絡いたします。

郵送先 〒422-8062 静岡県静岡市駿河区稲川3丁目1-1 第一芙蓉ビル  
ネイルスクールツインズキューア