

検 定 実 施 校 登 録 書

一般社団法人ネイル実務認定機構 宛

フリガナ 名称 (法人名)		フリガナ 実施校名	
住所	〒	住所	〒
電話番号		電話番号	
F A X 番号		F A X 番号	
E - M A I L		E - M A I L	
所属するネイルテク ニカルインストラク ター名		I D	
検定実施場所 (予定)		使用ブラ ンド	

以上の通り申請致します。

申請月日 年 月 日



〒
住所 _____

事業主名 _____ (印)

(店舗名) _____