

**一般社団法人日本まつ毛エクステンション認定機構  
登録申請書 No2 《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。

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	

※機構HPに掲載する項目がございますのでお間違えのないようお願い致します。

ふりがな			
サロン名			
ふりがな	必須：ビル・マンション名		
住所	〒 都道府県		
TEL			
FAX			
サロンURL			
E-mail (PC)			
営業時間			
定休日			
交通アクセス			
美容所登録番号			
ベッド数		スタッフ数	
責任者		担当者	
検定保持者	<input type="checkbox"/> 衛生管理士 名 <input type="checkbox"/> 安全技術師 名 <input type="checkbox"/> 3級 名 <input type="checkbox"/> 2級 名 <input type="checkbox"/> 1級 名 <input type="checkbox"/> 認定講師 名		
会員番号	※事務局記入欄		



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