



# シニアソーパー認定申込書

・太枠内をご記入ください。

(受領日) 西暦 年 月 日

ふりがな		会員番号	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒		
eメール			
TEL		FAX	
携帯電話			
資格 教室歴	当協会の資格： 精油 ハーブ： その他の資格： 教 室 歴：		
シニア 活動開始 希望月	※ 年 月より ※ 年度より		

カリキュラム	提出(実施)日	備考
ジュニアソーパー (マイスター) 認定	<input type="checkbox"/>	推薦者名
検定受講	<input type="checkbox"/>	講師名
検定実行	<input type="checkbox"/>	受講者名
検定の教え方講習会受講	<input type="checkbox"/>	講師名
スター 化学1	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター 化粧品学1	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター 技術1	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター 材料1	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター 化学2	<input type="checkbox"/>	講師名と内容、シンポジウム
スター 化粧品学2	<input type="checkbox"/>	講師名と内容、シンポジウム
スター 技術2	<input type="checkbox"/>	講師名と内容、シンポジウム
スター 材料2	<input type="checkbox"/>	講師名と内容、シンポジウム
スター講習用化学レジュメ確認	<input type="checkbox"/>	講師名
スター講習用化粧品学レジュメ確認	<input type="checkbox"/>	講師名
スター講習用技術レジュメ確認	<input type="checkbox"/>	講師名
スター講習用材料レジュメ確認	<input type="checkbox"/>	講師名
協会主催認定講習 (教室運営のための法律とモラル)	<input type="checkbox"/>	修了通し番号

以上のカリキュラムをすべて修了いたしましたので、協会で定める  
シニアソーパーの要件を理解し、遵守することに同意し認定を希望いたします

年 月 日 氏 名 \_\_\_\_\_  
自 署