



シニアスーパー認定申込書

・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 開始希望日	※ 年 月より ※ 年度より		

カリキュラム	提出(実施)日	備考
ジュニアスーパー (マイスター) 認定日	<input type="checkbox"/>	講師名
検定実行	<input type="checkbox"/>	受講者名
協会主催認定講習 検定の教え方講習会受講	<input type="checkbox"/>	協会を受講
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"/>	協会を受講
スター 材料	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター 化粧品学	<input type="checkbox"/>	講師名と内容
スター講習用 材料レジュメ確認	<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

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
シニアス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