



# 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<br>教室歴   | 当協会の資格：<br>精油 ハーブ：<br>その他の資格：<br>教 室 歴： |      |          |
| 活動開始<br>希望日 | ※ 年 月より ※ 年度より                          |      |          |

シニア

| 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