

郵送先住所を英字でご記入ください。 また氏名は英字活字体でご記入の上、署名も忘れずをお願いいたします。

APPLICATION FOR IFPA MEMBERSHIP. (IFPA 会員申込書)

Name (氏名)Date of Birth (生年月日)

Address & Post Code (住所、郵便番号含む).....

.....

Telephone.....

※連絡先電話番号、国番号 8 1 に続き市外局番の 0 を除いて)

E-mail (Eメールアドレス).....

Website address (ウェブサイト アドレス)

Aromatherapy Training Course.....

(受講したアロマセラピーのトレーニングコース)

Course Commencement Date.....Date Diploma Received.....

(受講開始年月日)

(修了証書授与年月日)

Anatomy & Physiology Course.....受講した解剖生理学コース)

First Aid Course.....Expiry Date.....

(受講した救命講習)

(その有効期限)

Additional professional qualifications/areas if expertise: (他の資格、専門分野、技術)

.....

.....

私は会員「活動規定」, 「会員の条件」を熟読し、それらを遵守する事に同意いたします。(氏名の頭文字を直筆で右空欄に記入下さい:.....) また私の修了証のコピー及び会費の支払いに関してインフォメーションパックの送金額計算票該当箇所に✓をつけ同封いたします。

Signed (申込者署名) Date (日

付)

FOR OFFICE USE ONLY (事務局記入欄)

Membership No:.....Fees:	Membership.....
	Insurance.....
First Aid Renewal:.....	Total.....