

申し込み **FAX ▶ 0120-22-7014**

**KOBE
HAIR CHALLENGE CUP 2018**

出場申込書

サロン名		オーナー名	
サロン住所	〒		
サロンTEL.	()	サロンFAX.	()

競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル
--	--	--

競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル
--	--	--

競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル
--	--	--

競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル	競技名 _____ フリガナ _____ 氏名 _____ <input type="checkbox"/> スタイリスト 経験 <input type="checkbox"/> アシスタント 年 月 日 デザインカット・コピーカット希望者のみお答え下さい。 <input type="checkbox"/> メンズスタイル <input type="checkbox"/> レディーススタイル
--	--	--

出場希望の方はFAXいただくか、
お電話【0120-20-4680】
でもお受けいたします。

株式会社キョーリ
〒675-0031 兵庫県加古川市加古川町北在家2609
TEL:0120-20-4680 FAX:0120-22-7014