

Entry sheet

申 込 書

年 月 日

氏名	ふりがな 生年月日【 年 月 日生 歳】	
連絡先	住所 〒	
	TEL	
	Mail アドレス @ @以降当てはまるドメインがあれば、番号をご記入下さい。 当てはまらない場合はお手数ですがご記入ください。 【 gmail.com yahoo.co.jp docomo.ne.jp ezweb.ne.jp i.softbank.ne.jp softbank.ne.jp】	
現・資格	・(年) 卒業予定 ・美容師免許 (ある ・ なし) ・アシスタント ・スタイリスト ・美容歴 (年)	
卒業または 卒業予定の 美容学校	都道府県名	
	学校名	
希望する サロン	希望地域	・都内 23 区 ・多摩地区 ・希望地区指定 () ・なし
	お店の規模	・大型店 ・中型店 ・小型店 ・スタッフ () 人位のお店
	オーナー	・男性 ・女性 ・男女問わず
	寮	・希望する ・希望しない ・どちらも可
	その他	
今後習得したい 技能	・美容一般 ・メイク ・エステ ・まつ毛エステ ・ネイル ・エステ ・着付 ・ブライダル	
既にサロン営業で 習得している技能	・美容一般 ・メイク ・エステ ・まつ毛エステ ・ネイル ・エステ ・着付 ・ブライダル	
自分の長所		
自分の抱負		

必要事項をご記入のうえ、郵送または、FAX にて右記宛へ送信してください。
ご記入いただいた情報は、職業紹介の目的にのみ使用します。



東京都美容生活衛生同業組合

〒151-0053 東京都渋谷区代々木 1-56-4

TEL 03-3370-2131 FAX 03-3379-0160

URL <http://www.beauty-city.com> E-mail info@beauty-city.com

BA東京

厚生労働大臣職業紹介事業許可番号 13-ユ-305854