

# 彩ビューティカレッジ後援会入会申込書

FAX 送信先

0 7 4 2 - 9 3 - 8 2 5 5

申込日 年 月 日

サロン名		
代表者名	ふりがな	
ご住所	〒	
ご連絡先	TEL	FAX

## お振込先

京都銀行 生駒支店

普通預金 1 0 7 6 4 2 2

口座名 森美事業協同組合

シンビジギョウキョウドウクミアイ

