

ウィズ・ポストコロナチャレンジ支援制度 個人申請書

※太枠内をご記入ください

受付日／ 年 月 日 ( )		担当者	
フリガナ		生年月日	
氏名		S・H	年 月 日生 (満 歳)
住所	〒		
連絡先	TEL /		
	携帯 /		
	メール /		
所属先 又は 学校名			
(1) 活動概要 (3か月～半年間を想定して記載してください)			
(2) 今までのアロマセラピー活動歴と年数			
習得施設			
資格名			
(5) その他 (今後の目標や展望についてご記入ください 例: ○○学会にて発表等)			
対応 /			
<input type="checkbox"/> 保険の有無			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			