

# FAX Transmission

年 月 日

## 【変更】エルフリンデン・フォーラム登録情報

\* 印は必須項目です。すべてご記入ください  
変更内容をご記入ください

フリガナ お名前* :	生年月日 :
ファックス番号 :	電話番号 :
Eメール :	職業 :
エルフリンデン・フォーラム会員番号* :	
ご住所: 〒	
アロマセラピーについて 興味を持っている 将来、スクールやセミナーに通う予定がある スクールやセミナーで勉強したことがある 専門的に勉強し、資格を持っている	
どんな資格をお持ちですか 資格を持っているとお答えになった方	
ご意見・ご要望	
備考	