

① いずれかに○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	愛知高等理容学校卒	<input type="checkbox"/>	愛知理容美容専門学校卒
<input type="checkbox"/>	(同一宮校)	<input type="checkbox"/>	アリアーレ専門学校卒
<input type="checkbox"/>	愛知理容専門学校卒	<input type="checkbox"/>	いずれにも該当しない

② 昼間生・夜間生・通信生のうちどちらに在籍していましたか。

(昼間生・夜間生・通信生 いずれか1つにチェックして下さい。)

③ 現住所 ()

④ 電話番号 ()

⑤ ご卒業年度 (例・平成3年3月卒業 お忘れの場合はおおよその年代で結構です。)

昭和・平成・令和 ()年()月卒業

⑥ 現在店舗経営されている場合はご記入ください。(ご家族で卒業生が複数いる場合、ご記入下さい。)

サロン名 () お名前 () (旧姓 ())
お名前 ()
お名前 ()

ご協力ありがとうございました。

※お問い合わせ先

〒464-0850

名古屋市千種区今池2丁目1-14

学校法人 愛知理容学園

アリアーレビューティー専門学校 担当 山口

電話 052-732-3131

FAX 052-732-3132