

日付 年 月 日

神奈川県美容業生活衛生同業組合(KBK)

加入申込書

フリガナ

代表者名 生年月日 年 月 日

〒
住所

電話(店)

電話(自宅)

FAX

支部名

(分かればご記入下さい。)

備考欄

--