

トゥルーカラーズ カラーセラピスト登録経歴書 平成 年 月 日

カラーセラピーショップTRUE COLORSでのシフト勤務を中心として、イベントやセミナーなどでカウンセリング活動を希望されるオーラソーマプラクティショナーの登録を受け付けております。下記にご記入の上、写真を添えてお申し込みください。

ショップシフトに欠員が出た場合、イベント等開催の場合に優先的にお仕事のご案内をさせていただきます。

フリガナ		フリガナ	
お名前		雅号 (芸名がある場合)	
生年月日	年 月	性別	男 ・ 女
フリガナ			
ご住所	〒 _____	TEL	( ) -
		FAX	( ) -
		携帯TEL	( ) -
E-MAIL アドレス	@		

現在のオーラソーマ トレーニングレベル	プラクティショナー登録	有・無	ID NO
		有効期限	年 月 日
オーラソーマ 受講経歴	コース	受講時期	ティーチャー名
	レベル1	年 月	
	レベル2	年 月	
	レベル3	年 月	
	PPS	年 月	
	ブリッジ	年 月	
	ティーチャー 以上	年 月	

年 月	学歴／職歴／カラーセラピストとしての経歴

ショップ勤務のシフト希望日 (○をつけてください)	月 火 水 木 金 土 日
シフト時間帯の希望 (○をつけてください)	朝～夕方 昼～夜 フルタイム
地方や東京以外への出張 (○をつけてください)	可 非 (理由など )