

氏名()

FAX:052-220-0917

ICE GEL 講習希望者アンケート

当てはまるもの全てに○を付けてください。

・今現在、ネイルサロンでは？

(サロンを経営している ・ ネイルスクールを経営している ・ 自宅でサロンをしている ・ 働いている)

・ネイルスクール又は専門学校を (卒業している ・ 通学中 ・ 途中で辞めてしまった ・ 通ったことがない)

・ネイリスト技能検定資格は？ (3級 ・ 2級 ・ 1級 ・ 認定講師 ・ その他())

・アクリルスカルプチュアの経験は (検定資格はもっていないが扱える ・ 現在勉強中である ・ 経験がない)

・他メーカーのジェルネイルの講習を受けたことがある。

(卒業している ・ 通学中 ・ 通っていたが辞めてしまった ・ 通ったことがない) ●メーカー名【 】

●コース名【 】

・講習を受けたことはないが、ジェルネイルをサロンで扱っている。

ジェルスカルプチュア経験 (有 ・ 無) ●メーカー名【 】

・エドューケーター資格及び、インストラクター資格は？

(持っている ・ 持っていない) ●メーカー名【 】

・今後はインストラクターとして活動希望である。 (はい ・ いいえ)

・ネイルスクールにICE GEL の講習を取り入れる予定である。 (はい ・ 検討中 ・ 今後取り入れる予定がない)

ご意見等ございましたら、こちらにご記入ください。

アンケートにご協力いただき、ありがとうございました。