

# カルジェルID情報更新に関するご案内

ID登録内容に変更がございましたら  
下記を記載の上 E-mailまたはFAXでご送付ください。

送付先

E-mail: academy@mogabrook.com

FAX: 03-6418-8866

①	カルジェルID(数字10桁)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
②	お名前	
③	お名前(フリガナ)	
④	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
⑤	ご住所	
⑥	電話番号(携帯)	- -
⑦	電話番号(固定)	- -
⑧	FAX番号	- -
⑨	メールアドレス(携帯)	@
⑩	メールアドレス(PC)	@
⑪	業種(複数選択可)	<input type="checkbox"/> ネイルサロン <input type="checkbox"/> ネイルスクール <input type="checkbox"/> 美容室 <input type="checkbox"/> エステティックサロン <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他( )
⑫	所属企業名	
⑬	勤務サロン名	
⑭	勤務先ご住所	
⑮	勤務先電話番号	- -
⑯	ご購入場所(複数選択可)	<input type="checkbox"/> ECサイト <input type="checkbox"/> SHOP <input type="checkbox"/> ネイルショップ(通販・店頭) <input type="checkbox"/> 美容代理店 <input type="checkbox"/> その他( )
⑰	他ジェル扱いブランド名(自由回答)	
⑱	今後の連絡方法(ひとつ選択)	<input type="checkbox"/> メール(携帯) <input type="checkbox"/> メール(PC) <input type="checkbox"/> FAX
⑲	今後の情報配信(ひとつ選択)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

\* ⑰番以外は、必ずご記入ください。