

◇◇◇ 出張講習会お打ち合わせ書 ◇◇◇

送信先：Fax 050-3457-9187

御社名 (お申込者名)			
所在地	〒		
	TEL		FAX
ご担当者名			メールアドレス

※ご希望に添えない場合もございますので出来れば第3希望日までお願い致します

会場所在地			
受講希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	第3希望 月 日
ご希望の教科目名			
予定受講者数	名		
ご連絡欄			

※折り返し、お電話またはメールでご連絡させていただきます。

※事業所様には教育実施証明書(受講者名簿)、受講者様には修了証を交付致します。

※このFaxはサーバーに送られるため確認に少し時間が掛かる場合がありますが

ネット環境下なので24時間出先でも受信する事が出来ます。