セミナー参加申込書 申込日： 年 月 日

FAX. 058-215-5872

注文フォームでの添付送信かＦＡＸ送信ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **会 社 名** |  | | | | | |
| **ご 住 所** | **〒** | | | **ご担当者** | フリガナ |  |
| (姓) | (名) |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  | **Eメール アドレス** | ＠ | |

■お申込み欄

（株）テクノ・リアライズ 教育センター 行き

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講予定日** | 年　　月 日 | |
| **申込者名** | （ふりがな） | （ふりがな） |
| （お名前） | （お名前） |
| （生年月日） | （生年月日） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **受講料合計** | 円 | |

■昼食について

各自で適宜、お取りください。

■申込みに関する連絡事項

①受講証が到着次第、１週間を目途にお振り込みください。（手数料は、各自ご負担ください。）

②修了証を発行しますので、申込書に氏名、ふりがなおよび生年月日を楷書で記入し、FAXください。

【振込先】 大垣共立銀行　島支店（120） 普通　0139174 カ）テクノ・リアライズ

株式会社テクノ・リアライズ

TEL 058-215-5871 FAX 058-215-5872