

セミナー参加申込書

申込日： 年 月 日

FAX. 058-215-5872

(株)テクノ・リアライズ 教育センター 行き

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) |
| 電話番号 | FAX 番号 | Eメール アドレス | @ |

■お申込み欄

| 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) | |
| CPDS申請 | 申請の要否 | | |
| | 技術者証の有無 | | |
| | 登録番号 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 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、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。
- ③CPDS申請を希望される方は、CPDS申請欄に必要事項をご記入ください。

**【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**