

# 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

注文フォームでの本書添付送信 or FAXで送信ください。

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	@

### ■受講者名等記入欄

受講予定日	2019年1月11日	
受講者名	(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**