

(株)岩手ソフトウェアセンター 研修担当 行
FAX 019-621-5464

受講申込書

受講研修名	研修開催日	受講料(教材費込・消費税別)
	月 日～ 月 日	円

フリガナ	所属部署・役職		
受講者名 1			
生年月日	昭和 平成	年 月 日(才)	性別 男・女

フリガナ	所属部署・役職		
受講者名 2			
生年月日	昭和 平成	年 月 日(才)	性別 男・女

フリガナ	所属部署・役職		
受講者名 3			
生年月日	昭和 平成	年 月 日(才)	性別 男・女

会社名			
住所	〒		
TEL	FAX		
申込責任者 氏名	申込責任者 所属・役職		
E-Mail			

- ※ 複数枚必要な場合はコピーの上でお使いください。
※ 研修開始7日以内の受講申し込み取消は受講料・教材費・消費税を全額お支払い頂きます。
【個人情報保護に関して】
※ 受講者の個人情報は研修運営の目的においてのみ使用いたします。
※ 窓口担当者の方の情報に関しては研修事務連絡のほか、当社からの研修案内の送付等に活用させていただきます。他社への情報開示等は一切行いません。

株式会社 岩手ソフトウェアセンター

TEL 019-621-5454 FAX 019-621-5464