

協会主催によるコンプライアンスセミナー(ホームヘルス機器販売員資格取得セミナー)申込書

【 会 員 用 】

一般社団法人日本ホームヘルス機器協会 会長 殿

お申込み日	年 月 日
-------	-------

受講会場	※どちらかに○印をつけてください 7月17日(水)東京セミナー / 7月23日(火)大阪セミナー
------	---

受講者数	名
------	---

お申込み者	フリガナ				
	会社名				
	フリガナ				
	ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県	市区	
	代表電話番号				
	ご担当者	フリガナ			
		お名前			
		所属部門			
		電話番号			
		F A X			
Eメール					

受講者	会社名	フリガナ お名前	生 年 月 日	更新・新規 (どちらかに○)
			昭和・平成 年 月 日生	更新・新規
			昭和・平成 年 月 日生	更新・新規
			昭和・平成 年 月 日生	更新・新規
			昭和・平成 年 月 日生	更新・新規
			昭和・平成 年 月 日生	更新・新規

(注) 1名様からでもお申込みいただけます。

(注) 受講者の数が多くこの表に収まらない場合は、Excel文書等でご提出いただけます。その際はセミナー事務局までご連絡ください(03-5805-6131)。

(注) ご記入いただいた個人情報、本セミナー業務以外に使用いたしません。