

協会主催によるホームヘルス機器コンプライアンスセミナー申込書

【 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	※いずれかに○印をつけてください
	6月18日(金)名古屋 / 10月14日(木)大阪 / 10月22日(金)東京

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"/>	都道府県	市区郡
	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) 受講者は、1名様からお申込みいただけます。

(注) 受講者が多くこの表に収まらない場合は、Excelデータ等でご提出いただけます。その際は、必ず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は、本セミナー業務以外に使用いたしません。