

ものづくり基礎講座 受講申込書

令和 年 月 日

(株)浜名湖国際頭脳センター 行

FAX 053-416-4001

貴社名			
ご住所	〒		
ご担当者	部署・役職		
TEL		FAX	
E-mail			
受講者	ふりがな (氏名) (部署)		
	ふりがな (氏名) (部署)		
	ふりがな (氏名) (部署)		
	* 3名以上お申込の場合は、以下の備考欄などにご記入ください。		
助成金	<input type="checkbox"/> 活用を考えたい <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> 助成金は不要		
ご紹介者	ご紹介者がいらっしゃいましたら、会社名とお名前をご記入ください。		
ご質問などありましたら、ご記入ください。			
備考欄			

* ご記入いただいた情報は本研修のご案内のほか、(株)浜名湖国際頭脳センターからの各種連絡・情報提供のために利用する場合がございます

* お申込人数が最少催行人員に満たない場合、コースが開催されないことがあります