



(株)広島ソフトウェアセンター 研修部 行
FAX:082-278-8878

平成24年度 ITプロフェッショナル育成研修 受講申込書

平成24年 月 日

研修名	経営コンサルタント目線での改善提案			
貴社名				
貴社住所	〒			
申込責任者	TEL		FAX	
	所属部署		役職	
	フリガナ		Eメール	
	氏名			
受講者	所属部署		フリガナ	
			氏名	
	Eメール			
受講者	所属部署		フリガナ	
			氏名	
	Eメール			
受講者	所属部署		フリガナ	
			氏名	
	Eメール			

お申込の研修を何によって知られましたか

郵送DM 電子メールでのご案内 FAXでのご案内 当社のホームページ

貴社内の方の紹介() 他社の方からのご紹介()

その他()

※ 受講申し込みをキャンセルされた場合、受講料のお振込みがない場合でも、

研修開始1週間以内につきましては、受講料を全額ご負担頂きますのであらかじめご了承ください。

※ ご記入いただきました情報は、下記のための目的に使用いたします。

(受講通知書の送付・連絡、受講者の確認、研修を行う上でのスキル判断、受講証明の発行、研修案内)