㈱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	情報セキュリティマネジメントコース			
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、下記のみ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）