

シーケンス制御基礎講座 受講申込書

会社・事業所名			
所在地	〒		
申込みに関する 担当者氏名	フリガナ	所属部署 職名等	
	フリガナ		
	電話番号 ()	・ FAX番号 ()	
e-mailアドレス @			
庄内産業振興センターからの講座・セミナー等のお知らせメールの配信を希望しますか？ (希望する・希望しない・登録済)			
受講料等のお支払い方法 (どちらかに☑を付けてください。)	<input type="checkbox"/> 現金 (初回講座の受付時) <input type="checkbox"/> 銀行振込		<small>受講決定通知と一緒に請求書をお送りします。 銀行振込の場合は手数料をご負担願います。</small>
受講者 1	フリガナ	性別	年齢
	氏名	男 女	歳
	所属部署 職名等		
受講者 2	フリガナ	性別	年齢
	氏名	男 女	歳
	所属部署 職名等		
※実習機材の数に限りがあるため、1社で受講できる人数を制限させていただく場合がございます。			
通信欄			

申込書枠内にもれなくご記入のうえ、FAXでお申し込みください。

FAX 0235-23-3615

公益財団法人庄内地域産業振興センター

〒997-0015 鶴岡市末広町3番1号 TEL 0235-23-2200代

【個人情報の取り扱いについて】

申込書にご記入いただいた情報は、お申し込みされた講座を受講していただくために必要な事務連絡等に使用するとともに、参加者名簿(記録用・講師用)作成及び今後の庄内地域産業振興センターからのセミナー情報の提供に使用させていただきます。また、「法令等で要求された場合」を除き、第三者に開示・提供いたしません。