

大阪商工会議所 中小企業振興部 研修担当 行 (Fax.06-6944-6565)

ファクシミリ番号のお間違えにご注意下さい。

「事業再構築セミナー」(10/26)参加申込書

ご記入いただいた情報は、大阪商工会議所からの各種連絡・案内等に利用いたしますとともに、講師には参加者名簿として配布します。

会社名 _____ 会員番号 _____

所在地 〒 _____

電話番号 _____ FAX番号 _____

業種 _____ 従業員数 _____

受講者氏名(ふりがな)	年齢	所属・役職	受付番号 記入不要
	歳		
	歳		
	歳		
	歳		
	歳		

申込担当者 氏名 _____ (所属) _____ Eメールアドレス _____

ご記入のメールアドレスへの当所事業案内メール送信 同意の場合 を入れて下さい。

受講料 計 _____ 円(_____ 人分)を _____ 月 _____ 日に _____ 銀行へ振込みます。

10月19日(月)以降のキャンセルは受講料の返金を致しかねます。ご都合が悪い場合は、代理の方のご参加をお願いします。