

大阪商工会議所 研修担当 行

(Fax. 06-6944-5188)

ファクシミリ番号のお間違えにご注意下さい。

**新入社員フォローアップ研修 (8/24) 受講申込書**

※ご記入いただいた情報は、当所からの各種連絡・情報提供のために利用するほか、主要項目は講師にお渡します。

会社名 \_\_\_\_\_ 会員番号 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

※連絡担当者気付口←受講票の送信は受講者宛ですが、連絡担当者気付を希望の場合☑を入れて下さい。

電話番号 \_\_\_\_\_ F A X 番号 \_\_\_\_\_

業種 \_\_\_\_\_ 従業員数 \_\_\_\_\_

受講者氏名	ふりがな	役職・所属部署	入社 年数	受付番号 ※記入不要

連絡担当者名 \_\_\_\_\_ (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。

受講料振込 計 \_\_\_\_\_ 円( \_\_\_\_\_ 人分)を \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 銀行へ振り込みます。