

中堅・若手社員のための巻き込み力強化講座（8/2）

大阪商工会議所 研修担当 行き

会社名				会員番号			
住 所	〒						
T E L				F A X			
業 種						従業員数	人
ふりがな 受講者氏名		年齢		部署・役職名		連絡担当者気付 （どちらかに○）	
ふりがな 受講者氏名		年齢		部署・役職名		希望（する・しない）	
受講料	円を 月 日に 銀行 支店へ振り込みます。						
申込責任者		部署名		E-mail			

※ご記入頂いた情報は、大阪商工会議所からの各種連絡・情報提供のために
利用するのをはじめ、講師には参加者名簿として配布します

FAX : 06-6944-5188