

ベストプラクティス 行 (FAX : 06-6125-3807)

E-mail : info@okanenosensei.jp (全ての事項を記入の上送信してください。)

ステップアップセミナー申込書

ご都合のよいコースに○をご記入ください。(第一希望から第二希望まで)
各コース先着順にて、定員に達するまで受け付けます。

グループ参加希望 (一緒に参加する方の 氏名 _____)

S-up		A : 9月19日(月) 13:30~17:00 (途中15分休憩×2回あり)	ベストプラクティス セミナールーム	12名
		B : 9月25日(日) 10:30~14:30 (お昼休憩1時間あり)	(別紙ご覧下さい)	12名

ご連絡先をご記入ください。(E-mail 又は Fax でご連絡の上、受講票を郵送します)。

- ・お名前 _____
- ・ご連絡方法
 - E-mail _____@_____
 - Fax _____ () _____
 - 電話 (E-mail, Fax が無い方のみ、携帯可) : _____ () _____ 時間帯(時~ 時)
- ・受講票ご送付先
〒 _____
電話番号 _____ () _____