

セミナー・講演 ご依頼およびお問合せ

※マークは、必須項目です

申し込み用紙をFAXするか、もしくはメールで申し込んで下さい。

お申込日 年 月 日

事業所名			
※担当者名			
※住所	〒		
※電話番号		FAX	
E-mail			
お問合せ内容			
連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 時から 時まで <input type="checkbox"/> 午後 時から 時まで <input type="checkbox"/> 特になし		
こちらからの連絡方法	<input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail		

【ご依頼】

※ご依頼内容	<input type="checkbox"/> 講演 <input type="checkbox"/> 実技セミナー <input type="checkbox"/> 講演と実技セミナー <input type="checkbox"/> その他
第1希望日程	年 月 日
第2希望日程	年 月 日
第3希望日程	年 月 日
希望期間日程	年 月 から 年 月の間の 日間
希望曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日
※希望実施時間	<input type="checkbox"/> 2時間以内 <input type="checkbox"/> 半日 <input type="checkbox"/> 1日(実質5時間)
※希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> ナイトセミナー <input type="checkbox"/> 指定なし
希望内容	<input type="checkbox"/> 講演 <input type="checkbox"/> 実技セミナー <input type="checkbox"/> 講演と実技セミナー <input type="checkbox"/> その他
ご予算	お決まりの場合はご記入ください
備考	

現在お決まりの内容のみご記入下さい。後ほど、こちらからご連絡差し上げます。

FAX番号 : 06-7492-1397