

パソコン研修申込書

株式会社高知ソフトウェアセンター 殿

下記研修に申し込みます。

研修名	研修日	申込人数
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

お名前	(フリガナ)	貴社名	(フリガナ)
ご住所	〒		
TEL		FAX	
領収証	() 会社名 () 個人名	お支払方法	() 当日現金払い () 銀行振込 (前払い)
その他ご質問やご希望がありましたらお書きください。			

お申込みありがとうございました。後程弊社よりご連絡致します。

※受講料にはテキスト代を含んでいます。

※お申込人数が「2名」に達しない場合は、中止又は延期する場合がございます。中止又は延期の場合は研修予定日の3日以上前にはご連絡致します。

FAX 088-803-6444

高知ソフトウェアセンター

〒780-0945 高知県高知市本宮町 105-25 TEL : 088-850-9222