

ソルネット経営行き

FAX:

**092-433-5507**

# CAP研修(3/13開催分) お申込書

お申込日: 年 月 日

\*印は必須記入

フリガナ *			
会社名 *			
<input type="checkbox"/> 会社ご住所 * 〒□□□-□□□□ <input type="checkbox"/> 自宅ご住所	TEL	( )	-
	FAX	( )	-
フリガナ *	部署名 *		
担当者氏名 *	お役職名 *		
性別 *	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	決算月 *	月 従業員数* (内パート名)
業種 *	※お支払い予定日を選択、ご記入ください <input type="checkbox"/> 年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 請求書到着後1週間以内		

第3回目(3/13開催)CAP研修に、下記の通り \_\_\_\_\_ 名の参加を申し込みます。

NO.	受講者名	役職/担当業務	性別	年齢
1	フリガナ:			
2	フリガナ:			

【ソルネット経営 記入欄】

①受講料金	②Eチケット使用枚数 枚 ( 円分)
③ご請求金額(①-②)	ソルネット経営担当者

備考欄

お問い合わせ先・主催:株式会社 ソルネット経営  
 〒812-0016 福岡市博多区博多駅南3-2-3 アイ・ビー・ビーフェリクス博多ビル7階  
 フリーダイヤル:0120-893-919 TEL:092-433-5739 FAX:092-433-5507