

Fax参加申込書

お申込者様記入欄

恐れ入りますが以下にご記入の上、Faxでお申し込みください。

受領後、下記事務局記入欄に受領印を押して返信いたします。 ※太枠内は必須事項です。

貴社名(学校名)				
ご住所	〒			
電話番号		Fax番号		
ご希望会場	※参加希望の会場に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ※いずれかに必ず <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <input type="checkbox"/> 9月2日(火)札幌会場 <input type="checkbox"/> 9月3日(水)仙台会場 <input type="checkbox"/> 9月4日(木)東京会場			
ご来場者様	ご芳名		ご芳名	
	ご所属・お役職 (学部)		ご所属・お役職 (学部)	
	ご芳名		ご芳名	
	ご所属・お役職 (学部)		ご所属・お役職 (学部)	
	ご芳名		ご芳名	
	ご所属・お役職 (学部)		ご所属・お役職 (学部)	

Fax送信先 044-540-3210

※Faxでお申込のお客さまは、お申込受領後、5営業日以内に弊社よりお申込み受付確認のFaxをお送りいたします。

事務局記入欄

確かに受領いたしました。当日のご来場をお待ちしております。

