

電話番号：0120-009686(受付時間：9:00-11:30/13:00-17:30 ※当社休業日(土日・祝日・12/29-1/4)を除く)にて空席確認・予約できます。

※下記URLにて、当社所定の講習会規約および個人情報の取扱をご確認ください。
同意の場合は、チェックボックスにチェックを御願います。

受付番号

※トレノケート記入項目

利用規約

<http://www.trainocate.co.jp/gkinfo/order.html>

お客様のプライバシー

<http://www.trainocate.co.jp/gkinfo/privacy.html>

上記規約、及び個人情報取扱いを確認しました。内容に同意し、申しします。

商品コード	コース名または商品名	日程または開始希望日	会場	数量	単価(税抜)	合計(税抜)
				1		¥0
				1		¥0
				1		¥0
合計金額						¥0

●商品コード、コース名または商品名、日程または開始希望日、会場、数量、単価、合計をご記入ください。

●ASP教材は数量と開始希望日(ご入金後の5営業日後以降)をご記入ください。

●個人でお申し込みいただく場合は、午前9時から午後5時30分の間に弊社から連絡できる電話番号をご記入ください。

●E-mailアドレスを必ずご記入ください。

※お客様情報入力のため、お名刺の拡大コピーを添付していただくことも可能です。

受講者または納品先 ※4名様以上同時お申込みの場合は、下記要領による受講者情報を別紙にてお送りください。

フリガナ				〒		
会社名				所在地		
受講者①	部課名					
役職名				E-Mail		
フリガナ						
氏名				TEL	FAX	
受講者②	部課名					
役職名				E-Mail		
フリガナ						
氏名				TEL	FAX	
受講者③	部課名					
役職名				E-Mail		
フリガナ						
氏名				TEL	FAX	

責任者	<input type="checkbox"/> お名刺に同じ	<input type="checkbox"/> 受講者または納品先に同じ	E-Mail			
フリガナ				〒		
会社名				所在地		
部課名				役職名		
フリガナ						
氏名				TEL	FAX	

請求先	<input type="checkbox"/> お名刺に同じ	<input type="checkbox"/> 受講者または納品先に同じ	<input type="checkbox"/> 責任者に同じ	E-Mail			
フリガナ				〒			
会社名				所在地			
部課名				役職名			
フリガナ							
氏名				TEL	FAX		

備考欄
<p>□教育担当者用IDの作成を希望する(トレノケート提供のASP製品をお申し込みの場合のみ)</p> <p>※「責任者」欄に記載された責任者様に、受講者の学習進捗、テスト結果などを参照できるIDを発行します。</p>

確認印
受付印

ご記入後 FAXにてご送付ください。



フリーFAX 0120-703702(全国共通)