**ITパスポート取得講座**

**申込書**

令和　　　 年 　　　月 　　 日

(株)浜名湖国際頭脳センター　行

**申込先**

**FAX 053-416-4001 E-mail jinzai@hamanako.co.jp**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴社名 |  | | | | | | |
| ご住所 | 〒 | | | | | | |
| （フリガナ）ご担当者 |  | | | 部署・役職 |  | | |
|  | | |
| TEL |  | | | FAX |  | | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 受講者 | | | | | | | |
| （フリガナ）  お名前 | | 部署・役職 | e-mail | | | 全章  ご希望の場合〇 | 個別（ご希望の章を数字でご記入下さい 例:1,2） |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |
| ご紹介者 | ご紹介者がいらっしゃいましたら、会社名とお名前をご記入ください。 | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | |

＊個人情報の取り扱いについて・・・ご記入いただいた情報は本研修のご案内のほか、㈱浜名湖国際頭脳センターからの各種連絡・情報提供のために利用する場合がございます。

Ver.0.0