

(H30年 9月 7日・ 8日)

営業実務研修講座参加申込書

平成 年 月 日

一般社団法人 熊本県中小企業診断士協会 研修部 行

参加企業名		業種	
研修担当者名			
連絡先	〒	TEL	
		FAX	

下記の通り 名分の参加費 円を添え申し込みます。

No.	参加者名	フリガナ	性別	年齢	勤続年数
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

(注) ① この申込書は研修に使用するものです。その他の目的に使用する事はありません。

② 参加者名簿作成上、正確にご記入ください。

③ 参加費振込先、肥後銀行銀座通支店 普通預金口座 1369600

一般社団法人 熊本県中小企業診断士協会 研修部 宛

④ 本研修会への意見、要望がありましたら早めにご連絡ください。

宛先 〒862-0953 熊本市中央区上京塚町 2-20 はらの7 県庁東ビル

TEL 096-288-6670 FAX 096-288-6243

Eメール info@shindan-kumamoto.jp

一般社団法人 熊本県中小企業診断士協会 研修部 行