

IATF 16949 公式研修セミナー／資格試験 参加申込書

送付先

Mail : info@plexus.jp
 FAX : 045-317-6398

株式会社ジャパン・プレクス宛
 TEL : 045-311-9090 <https://www.plexus.jp>
 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町 2-10-1 MINDAN ビル 5 階

<必要事項をご記入の上、メールへの PDF 添付又は FAX にてお申込みください。>

※ご希望の方にはお申込書を Word ファイル形式でお送り致します。

		お申込み日	年	月	日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
ご参加コース名		開催日	月	日	～ 月 日
プレクス会員番号					
フリガナ 貴社名 (団体名)			事業所名		
所在地	〒 (-)				
電話番号			FAX 番号		
お申込ご担当者 (請求書送付先)	ご芳名 (漢字)		所属部署 役職		
	ご芳名 (英語)				
	メールアドレス				
受講者① ※お申込者と同じ 場合は空欄に してください	ご芳名 (漢字)		所属部署 役職		
	ご芳名 (英語)				
	メールアドレス				
受講者②	ご芳名 (漢字)		所属部署 役職		
	ご芳名 (英語)				
	メールアドレス				

お支払い先 銀行口座	三菱 UFJ 銀行 横浜西口支店 普通預金口座 5839335
お申込み要領	<ul style="list-style-type: none"> ■ 申込書受領後、担当者より受付完了のご連絡をいたします。 ■ プレクス会員番号のご記入がある場合、会員価格にてご受講いただけます。 ■ 後日、請求書と会場案内をお送りいたします。 ■ 送金手数料は、恐れ入りますが貴社でご負担ください。 ■ ご参加希望のコースが7つ以上の場合や受講者の方が3名以上の場合などは、余白にご記入いただくか別紙にまとめてご記入ください。 ■ セミナーへのご参加は、自動車メーカー・サプライヤー企業の方に限らせていただいております。同業他社の方のご参加はご遠慮ください。 ■ お名前の英語表記は、修了証/合格証作成の際に使用いたしますので、はっきりとお書きください。 ■ 満席または開催最少人数に満たない場合は、お申込み日程を変更していただく場合がございます。
キャンセル条件 (日程変更含む)	2週間前の同曜日まで無料。1週間前の同曜日までは10%、2日前(土日・祝日を除く)までは20%、それ以降は100%のキャンセル料を申し受けます。