

IATF 16949 公式研修セミナー／資格試験 参加申込書

送付先

FAX : 045-317-6398

TEL : 045-311-9090 <http://www.plexus.jp>

株式会社ジャパン・プレクス宛
〒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、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 場合は省略可 | 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"> ■ FAX 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。お取引実績のない場合、受講料はセミナー／資格試験の開催前までにお支払いください。 ■ 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。 |