**IATF 16949公式研修セミナー／資格試験 参加申込書**

**Mail：info@plexus.jp**

※セキュリティ保護のためパスワード付きZipファイルは

受領出来ません。

株式会社ジャパン・プレクサス宛

**FAX： 045-307-0314**

送付先

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

■　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。

■　プレクサ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。

■　セミナー開催の約3週間前にセミナー案内詳細，会場案内詳細，開催要件（COVID-19対策）を

メール（PDF添付）にてお送りいたします。

■　請求書はセミナー受講後にメール（PDF添付）にてお送りいたします。

■　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | **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** | | |
| **プレクサス会員番号** |  | | | | |  | | | | |
| **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** |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|
|  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **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。 | | | | | | | | | |