

■初任運転者安全研修 お申込書受付

FAX【 03-6424-7712 】

お申込み日	年 月 日
-------	-------

お申し込みは、下記、フォームにご記入頂き上記までお送り下さい。予約状況を確認し、折り返し弊社よりご連絡いたします。

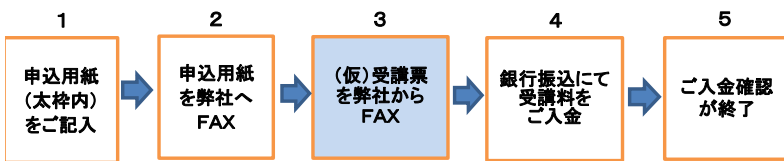
ふりがな 貴社名 (所属団体名) ※個人の方は氏名	ふりがな 支店/営業所名
〒	郵便番号と、ビル・建物名もご記入下さい。
ご住所	ふりがな
※ご予約の確認のご連絡を差し上げますので、お電話番号とメールアドレスは正確にご記入下さい。	
ご連絡先	TEL
	FAX
Eメール アドレス	ふりがな ご担当者様 氏名

以下、本講座の受講希望者 全員分の情報をご記入下さい。

1	受講者氏名	生年月日(西暦)	チェック☑して下さい。		受講希望日	初任診断希望日時 ※セット受講のみ記入
	(ふりがな)		お支払い方法	受講種別		
	-----	年 月 日	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 請求書(会社請求のみ)	<input type="checkbox"/> 講習のみ <input type="checkbox"/> 初任診断セット	月 日	月 日 時 分
2	受講者氏名	生年月日(西暦)	チェック☑して下さい。		受講希望日	初任診断希望日時 ※セット受講のみ記入
	(ふりがな)		お支払い方法	受講種別		
	-----	年 月 日	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 請求書(会社請求のみ)	<input type="checkbox"/> 講習のみ <input type="checkbox"/> 初任診断セット	月 日	月 日 時 分
3	受講者氏名	生年月日(西暦)	チェック☑して下さい。		受講希望日	初任診断希望日時 ※セット受講のみ記入
	(ふりがな)		お支払い方法	受講種別		
	-----	年 月 日	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 請求書(会社請求のみ)	<input type="checkbox"/> 講習のみ <input type="checkbox"/> 初任診断セット	月 日	月 日 時 分

《お申し込みの流れ》

FAX 03-6424-7712



受講料	
講習のみ	初任診断セット
15,000円	18,000円
(税込・テキスト代含む)	

これにて仮予約完了です。仮受講票をメールまたはFAX致します。ご入金確認後本受講票を発行致します。

- 仮受講票到着後1週間以内にお振込みください。
- ご入金の確認できない場合は受付にはなりません。
- ご入金後本受講票が届かない場合はご連絡下さい。

〈振込先〉

- ・振込先 : 楽天銀行 第二営業支店
- ・口座番号 : 普通 7805824
- ・口座名 : 一般社団法人こころ一ど

※振込手数料はお申込者様にてご負担ください。

ご確認ください

1. お支払いは支払期限を厳守願います。(仮受講票到着後1週間以内)
2. 仮予約・枠数確保等はお受け致しかねます。
3. ご入金確認できない場合は、受講をお断りする場合がございます。
4. 受講日1週間目より以後のキャンセルの場合ご返金致しかねます。

お問い合わせはこちらまで

一般社団法人こころ一ど

〒144-0052東京都大田区蒲田5-15-8蒲田月村ビル6F

代表TEL 03-6424-7718 FAX 03-6424-7712

Eメール info@cocoroad.or.jp