

営業マインド強化合宿 派遣予定表

貴社名 (フリガナ)		所在地 〒	
Tel.		fax.	
社長名		メールアドレス	
事務連絡者(役職・氏名)		メールアドレス	
業種	資本金	年商	従業員数
報告書送付先 ※原則として代表者様宛てでお送りいたしますが特別に他の方をご希望の場合にご記入ください			
役職・氏名		メールアドレス	

コース		開催日程	ご予定人数
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名
20	年 月コース	月 日()～ 日()	_____名

月コース 参加者

ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど
ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど
ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど
ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど
ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど
社長・役員限定の特別見学コース ご参加者氏名 (フリガナ)	部門・役職	年齢_____才 性別 (いずれかに○) 男・女	(いずれかに○) 禁煙・喫煙	食物アレルギーなど

社内開催・社内研修・講演のご依頼(ご検討)の場合、概略をお書きください

※ご記入いただいたお客様情報は、事務連絡・当社セミナー事業のご案内のみに使用し、それ以外の目的で使用することはありません。

○ お申込み後、参加証・会場案内地図・事前準備事項・御請求書をお送りいたします。

主催 / 株式会社 ビジネススキル研究所 Tel.03-5820-2075 fax.03-5820-2076
〒101-0032 東京都千代田区岩本町 2-14-1-1102 [URL] <http://www.biz-skill.jp>

株式会社 ビジネススキル研究所 メール添付または、fax.03-5820-2076

