

参加お申込み書

お申込日／平成 年 月 日()

ご希望会場	<input type="checkbox"/> 福岡会場 <input type="checkbox"/> 鹿児島会場		※いずれかを <input checked="" type="checkbox"/> 願います。
貴社名			
所在地	(〒 -)		
T E L	()		
F A X	()		
お申込み人数	名		
フリガナ		所属部署	
お名前		役職 等	
フリガナ		所属部署	
お名前		役職 等	
フリガナ		所属部署	
お名前		役職 等	
代表者(お名前:	携帯番号:)

当日のセミナーで特にお知りになりたいテーマ等ございましたら、お知らせ下さい。

※ご記入頂いた情報は、本セミナーに関する確認・連絡の際のみ使用させていただきます。

お申込〆切／平成27年1月28日(水)

九州コラボ事務局 **F A X : 0 9 2 (4 5 1) 0 2 7 5**