

# 参加お申込み書

お申込日／平成 年 月 日( )

ご希望会場	<input type="checkbox"/> 北九州会場 <input type="checkbox"/> 宮崎会場		※いずれかを <input checked="" type="checkbox"/> 願います。
貴社名			
所在地	(〒 - )		
TEL	( )		
FAX	( )		
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 ~~マ~~切 / 平成29年1月25日(水)

九州コラボ事務局 FAX : 092 (761) 8128