

定期研修受講お申込書

テクノファ九州(株) 行 FAX:0965-53-0190

▼研修コースについて：(☑チェック及びご記入をお願いします。)

研修 / コースID	コース名	定期開催月	開催場所
品質 ISO9001	<input type="checkbox"/> QN31 内部監査員研修コース(2日)	月	<input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 熊本 <input type="checkbox"/> 大分
	<input type="checkbox"/> QN35 内部監査員スキルアップ(1日)	(出張研修で開催)	
	<input type="checkbox"/> QK51B 規格入門コース(1日)	月	<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 熊 <input type="checkbox"/> 大
	<input type="checkbox"/> QK52 規格解説コース(2日)	月	<input type="checkbox"/> 福
環境 ISO14001	<input type="checkbox"/> EN31 内部監査員研修コース(2日)	月	<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 熊 <input type="checkbox"/> 大
	<input type="checkbox"/> EN35 内部監査員スキルアップ(1日)	(出張研修で開催)	
	<input type="checkbox"/> EK51B 規格入門コース(1日)	月	<input type="checkbox"/> 福 <input type="checkbox"/> 熊 <input type="checkbox"/> 大
ISO45001対応 労働安全衛生	<input type="checkbox"/> ON31 内部監査員研修コース(2日)	月	<input type="checkbox"/> 福
	<input type="checkbox"/> OK51B マネジメントシステム入門(1日)	月	<input type="checkbox"/> 福

◆ご参加者について

会社・組織名： _____ 業種 _____

住所：〒 _____
 (ご案内文書、請求書の送付先が上記と異なる場合)
 〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

E-mailアドレス(よろしければご記入ください。)

派遣責任者(おられる場合):ご氏名 (所属部署/役職)

受講者ご氏名(所属部署/役職)

フリガナ： _____ 様
 (所属部署等： _____)
 割引制度の確認:対象項目に☑及びご記入をお願いします。
以前セミナー受講経験あり(コース名・受講年月)
 コース名: _____ 年 月
紹介者割引(紹介者のご氏名・受講年月)
 コース名: _____ 年 月

フリガナ： _____ 様
 (所属部署等： _____)
 割引制度の確認:対象項目に☑及びご記入をお願いします。
以前セミナー受講経験あり(コース名・受講年月)
 コース名: _____ 年 月
紹介者割引(紹介者のご氏名・受講年月)
 コース名: _____ 年 月