

セミナー申込書

トリケップスウェビナー

「Vision Transformer の仕組み」

開催日時：2024年7月18日（木）10:00～16:00

受講料：1口（3名まで受講可能） 66,000円（税込/1口）

送信先 Fax：03-3291-5789

CMC リサーチ TEL：03-3293-7053

1) 代表受講者

お名前 例) 山田 太郎	
フリガナ 例) ヤマダ タロウ	
法人名・会社名	
部署名	
郵便番号	
都道府県	
住所1 市区町村、番地等	
住所2 アパート・マンション名、部屋番号等	
メールアドレス	
電話番号	
FAX 番号	
メルマガ受信可否	<input type="checkbox"/> 受信する <input type="checkbox"/> 受信しない
DM（郵便など）受け取り可否	<input type="checkbox"/> 受け取る <input type="checkbox"/> 受け取らない
興味分野	
お支払い（銀行振込） 予 定 日	年 月 日頃
通 信 欄	

2) 受講者

お名前 例) 山田 太郎	
フリガナ 例) ヤマダ タロウ	
法人名・会社名	
部署名	
郵便番号	
都道府県	
住所1 市区町村、番地等	
住所2 アパート・マンション名、部屋番号等	
メールアドレス	
電話番号	
FAX 番号	

3) 受講者

お名前 例) 山田 太郎	
フリガナ 例) ヤマダ タロウ	
法人名・会社名	
部署名	
郵便番号	
都道府県	
住所1 市区町村、番地等	
住所2 アパート・マンション名、部屋番号等	
メールアドレス	
電話番号	
FAX 番号	