

# セミナー申込書

トリケップスウェビナー

「はじめての品質対応」

開催日時：2026 年 2 月 2 日（月）13:30～15:30

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<br>例) 山田 太郎          |                                                               |
| フリガナ<br>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<br>市区町村、番地等          |                                                               |
| 住所2<br>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）<br>予 定 日      | 年                  月                  日頃                      |
| 通 信 欄                    |                                                               |

2) 受講者

|                          |  |
|--------------------------|--|
| お名前<br>例) 山田 太郎          |  |
| フリガナ<br>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<br>市区町村、番地等          |  |
| 住所2<br>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<br>例) 山田 太郎          |  |
| フリガナ<br>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<br>市区町村、番地等          |  |
| 住所2<br>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                   |  |