

[受講申込書]を FAX で  
東陽テクニカ宛にお送り下さい。



▶ FAX No. 03-3246-0645

株式会社東陽テクニカ 情報通信システム トレーニング受付係 行

## [ClearSight Academy 受講申込書]

コース番号		コース名				
受講開始日	平成	年	月	日	開催地 (し印をご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪
御住所	〒 (郵便番号は7ケタでご記入下さい。)					
会社名						
御所属						
ローマ字名	(姓)	(名)	年 齢			
御名前						
電話番号		内線	FAX 番号			
E-Mail						

お申込日: 年 月 日

memo :

---

---

---

---

ご記入頂きましたお客様の個人情報(以下個人情報という)は、お申込み頂いたセミナーの受付のために利用させていただきます。また後日、営業部門より関連するソリューション情報をお知らせするために利用させていただく場合がございます。個人情報につきましては、弊社個人情報保護方針に則り厳重に管理し、社外への業務委託は行いません。

なお、申込データにつきましては、本セミナーに関する業務遂行に必要な範囲内で担当するセミナー講師に提供する場合があります。個人情報の開示、訂正および利用停止につきましては、上記担当者宛てにご連絡頂きますようお願い致します。