

『第12回「2級」資格研修会受講申込書』

芝草管理技術者資格認定制度事務局 殿

私儀、第12回「2級」資格研修会の受講料を納入し、受講を申し込みます。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印

受講希望会場	
芝草管理者経験年数	

フリガナ				
氏名			認定番号	
生年月日		年 月 日	年齢	歳 性別

所 属 会 社	会社名/ゴルフ場名			
	支店名			
	部署名		役職	
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

※ 上記の会社と異なる場所で常時勤務している場合は、「勤務先」欄にご記入下さい。

勤 務 先	会社名/ゴルフ場名			
	支店名			
	部署名		役職	
	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

自 宅	住所	〒		
	電話番号		FAX番号	

携帯番号		E-mail	
------	--	--------	--

TEL連絡先	<input type="checkbox"/>	自宅	郵送物等送付先	<input type="checkbox"/>	自宅
	<input type="checkbox"/>	携帯電話		<input type="checkbox"/>	所属会社
	<input type="checkbox"/>	所属会社		<input type="checkbox"/>	勤務先
	<input type="checkbox"/>	勤務先			

- ・経験年数は平成29年3月末時点で判断します。
- ・受講希望会場は札幌/仙台/東京/大阪の会場名をご記入下さい。
- ・所属会社及び勤務先の電話番号はできるだけ直通番号をご記入下さい。
- ・TEL連絡先及び郵送物送付先は必ずご記入下さい。
- ・受講料の振込金領収書「写」を裏の所定欄に貼付して下さい。