

## COSMOSDesignSTAR ハンズオンセミナー申込書

お手数ですが、本用紙に必要事項をご記入の上、必ず FAX にて以下の番号までご送付ください。

|                                   |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| 申込先: (株)CAE ソリューションズ CDS 事業部 担当 宛 | FAX 03-3514-1507 |
|-----------------------------------|------------------|

東京都千代田区飯田橋 2-1-10TUGビル 5F TEL:03-3514-1506

|       |       |             |  |
|-------|-------|-------------|--|
| 申込日   | 年 月 日 |             |  |
| 申込者氏名 |       | E-Mail アドレス |  |
| 会社名   |       |             |  |
| 所属部署名 |       |             |  |
| 住所    | 〒     |             |  |
| 電話    |       | FAX         |  |
| 受講希望日 | 年 月 日 |             |  |

※ご希望のコースが満席の場合、代替日のご案内をさせていただく場合もございます。

|       |  |             |  |
|-------|--|-------------|--|
| 受講者氏名 |  | E-Mail アドレス |  |
| 会社名   |  | 電話番号        |  |
| 部署名   |  | FAX         |  |
| 受講者氏名 |  | E-Mail アドレス |  |
| 会社名   |  | 電話番号        |  |
| 部署名   |  | FAX         |  |
| 受講者氏名 |  | E-Mail アドレス |  |
| 会社名   |  | 電話番号        |  |
| 部署名   |  | FAX         |  |

※お手数ですが、受講者名 4 名以上となる場合は、本用紙をコピーしてご記入ください。

|   |      |
|---|------|
| 御社担当の販売代理店  |      |
| <input type="checkbox"/> 有  | 企業名: |
| <input type="checkbox"/> 無  |      |
| このセミナーを何でお知りになりましたか？  |      |
| <input type="checkbox"/> メール配信 <input type="checkbox"/> 媒体 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 検索サイト <input type="checkbox"/> その他( ) |      |
| 今後弊社からのイベント・セミナー情報などのメール配信を行ってもよろしいですか？   |      |
| <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br>弊社プライバシーポリシーについては弊社 Web サイトをご確認下さい。   |      |
| 備考  |      |