

## SpaceClaim トレーニングスクール受講申込書

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 PLM 事業部 トレーニング担当 宛	FAX: 03-3514-1507
東京都千代田区飯田橋 2-1-10TUGビル 8F 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	
お申込みコース	<input type="checkbox"/> SpaceClaim Professional Basic(2 日間)		
開催日	年 月 日		

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、1 コースにつき、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	
備考	