

# 《 受講申込書 》

下記の受講申込書に必要事項をご記入のうえFAX、またはEメールにてお申し込み下さい。  
折り返し、ご案内・受講票・請求書を申込責任者宛にお送り致します。(発送予定日：6月20日)

【申し込み先】一般社団法人 日本ボランタリーチェーン協会  
FAX (03) 5818-8200  
Eメール：vca@vca.or.jp

【申込締切日】平成29年6月30日(金)

| 第92回スーパーバイザー養成講座 受講申込書 |                                    |    |  |       |
|------------------------|------------------------------------|----|--|-------|
| 会社名                    |                                    |    | 業種                                     |       |
| 所在地                    | (〒 - )                             |    |  |       |
| TEL                    | ( ) -                              |    | FAX                                    | ( ) - |
| 申込責任者                  | 氏名                                 | 役職 | e-mail (メールアドレス)<br>*初めて申し込む方はご記入願います。 |       |
| 1<br>受講者               | 氏名                                 | 年齢 | 喫煙                                     | 所属・役職 |
|                        | ふりがな                               | 歳  | 有 無                                    |       |
|                        | *現在の勤務先が上記所在地と異なる場合は住所と電話番号をご記入下さい |    |  |       |
|                        | (〒 - )                             |    | 住所： TEL：                               |       |
| 2<br>受講者               | 氏名                                 | 年齢 | 喫煙                                     | 所属・役職 |
|                        | ふりがな                               | 歳  | 有 無                                    |       |
|                        | *現在の勤務先が上記所在地と異なる場合は住所と電話番号をご記入下さい |    |  |       |
|                        | (〒 - )                             |    | 住所： TEL：                               |       |
| 3<br>受講者               | 氏名                                 | 年齢 | 喫煙                                     | 所属・役職 |
|                        | ふりがな                               | 歳  | 有 無                                    |       |
|                        | *現在の勤務先が上記所在地と異なる場合は住所と電話番号をご記入下さい |    |  |       |
|                        | (〒 - )                             |    | 住所： TEL：                               |       |
| 4<br>受講者               | 氏名                                 | 年齢 | 喫煙                                     | 所属・役職 |
|                        | ふりがな                               | 歳  | 有 無                                    |       |
|                        | *現在の勤務先が上記所在地と異なる場合は住所と電話番号をご記入下さい |    |  |       |
|                        | (〒 - )                             |    | 住所： TEL：                               |       |