

# D X 化支援研修サービス申込書

受講コース名

申込日

西暦

年

月

日

D X 化支援研修サービス利用規約に同意及び重要事項説明書を確認した上で、本サービス利用契約を申し込みます。

## 申込者情報

### ● ご契約法人名

	印
--	---

### ● 所在地またはご住所

〒		
都道府県		
代表者名	電話番号	F A X 番号

### ● 管理者情報

管理者名	部署	役職
電話番号	携帯番号	
メールアドレス @		

請求書送付先	<input type="checkbox"/> 同上	上記以外の場合
--------	-----------------------------	---------

### ● サービス内容

別紙カリキュラムをご確認ください コース詳細	363,000円(税込)/人 利用料	受講人数	
---------------------------	-----------------------	------	--

### ● 期間

ID付与日	訓練の実施 開始日	訓練の実施 修了日	ID消滅日
-------	--------------	--------------	-------

※上記日付は、原則としてID付与日の3週間前までに、書面(メール含む)による日付変更の申請があった場合、運営会社は日付変更に応じるものとする  
※日付変更が行われた場合、申込者および運営会社の双方は、本申込書の控えの日付を合意した日付に手書修正し保管する

### ● 支払方法

※全て税込

請求書			
支払方法	請求額	内消費税	合計請求額
支払回数	初回お支払額	2回目の支払額	支払日
	1回		請求書記載のとおり

カスタマーセンター

電話番号 0120-610-595

平日：10:00～18:00  
※土日祝日を除く

運営会社 株式会社Tiesホールディングス  
住所：大阪府大阪市中央区難波 5 丁目 1-60 なんばスカイオ 15F