

一般社団法人日本テキスタイルケア協会
北海道ブロック・JTC ベーシック講座受講申込書

一般社団法人日本テキスタイルケア協会北海道ブロック事務局 御中

JTC ベーシック講座の受講を希望し、以下の通り申し込みいたします。

申込日 年 月 日

会社名	印	住 所		
		〒		
電話番号	FAX 番号	代表者名	研修担当者名	E-mail
				@

*受講会社名（所属団体名）は会員向けおよび HP 上にて公表する予定です。

●受講希望者

氏 名	所 属	連絡先(携帯電話またはメールアドレス)
ふりがな：		
氏 名	所 属	連絡先(携帯電話またはメールアドレス)
ふりがな：		
氏 名	所 属	連絡先(携帯電話またはメールアドレス)
ふりがな：		
氏 名	所 属	連絡先(携帯電話またはメールアドレス)
ふりがな：		

*5名以上のお申し込みの場合本紙をコピーしてご記入ください。

受講申し込み先

一般社団法人日本テキスタイルケア協会 北海道ブロック事務局 株式会社カイト

札幌市白石区栄通21丁目4番5号

FAX. 011-836-3613