

2012年短期講座「中国語発音クリニック」受講申込書

以下の各欄にご記入後、当校事務局までご提出ください。(郵送・FAX可)

※は必須項目です。必須項目以外の記入は任意です。

申込日: 年 月 日

ふりがな		生年月日	19 年 月 日生	母国語
※ 氏名	印	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女 (歳)	語
※ 住所	(〒 -)	※ TEL	() -	
		FAX	() -	
		※ 携帯	() -	
※E-mail				
携帯 mail	緊急時等メールでご連絡させていただく場合がございますので できるだけお書きいただきますようお願いいたします。			
※ 語学資格	資格名: _____ 級/点 (_____ 年 取得)			
	資格名: _____ 級/点 (_____ 年 取得)			
	資格名: _____ 級/点 (_____ 年 取得)			

領収書貼付欄

授業料を振り込まれた際の「領収書」
または「領収書のコピー」を貼付してください。

■個人情報利用同意欄

当社は、当申込書および関連の提出書類に記載していただく個人情報を以下の目的のために利用いたします。

【詳しくは、当社「個人情報保護方針」URL: <http://www.congre.co.jp/privacy.html> をご覧ください】

なお、当申込書および関連の提出書類は、当社が責任をもって管理し、また廃棄するものとし、返却いたしません。

また、個人情報の以下の目的での利用について同意していただけない場合、当社のサービス・商品の全部または一部を受けられなくなる可能性があります。

- コングレ・インスティテュートのクラス運営のため
- コングレ・インスティテュートのパンフレット送付のため

• スタッフ募集の案内送付、仕事の紹介

希望します

希望しません

私は、以上の内容を確認・理解のうえ、同意します。

※ 氏名 _____ (印)

 コングレ・インスティテュート大阪校

〒541-0047 大阪市中央区淡路町 3-6-13 コングレビルディング 2F

TEL. 06-6229-2561 FAX. 06-6229-2562

冬期休暇: 12/23~1/6 (日・月・祝日休み)