WRAP 集中クラス 2016 年 9 月申し込み用紙

ＦＡＸ）　０５５－２３５－１５０７

担当　小川行き

※確認のため、当日は記入した用紙をご持参いただけますようお願いいたします。

氏名		
所属		
連絡先	TEL	
	E-mail	
ご自身の WRAP を持っていますか？	□はい　　□いいえ	
この研修に期待すること		
参加費のご相談	□あり　　□なし	

この度は「WRAP 集中クラス 2016 年 9 月」にお申し込みいただきありがとうございます。

当日、お会いしましょう！