

## 株式会社アクセスインターナショナル 宛て

FAX: 03-5912-8622

E-Mail: info@accessint.co.jp

1. 参加希望のセミナーをご記入ください

|         |          |      |
|---------|----------|------|
| ■日時     | 開催日      | 時間時間 |
| ■会場     | 地域(都道府県) | 会場   |
| ■セミナー名称 |          |      |

2. お申込み者様のお名前ほかをご記入ください

|             |                         |         |                   |
|-------------|-------------------------|---------|-------------------|
| ■お名前        | フリガナ                    | お名前     |                   |
| ■勤務先        |                         |         |                   |
| ■職種/役職等     |                         |         |                   |
| ■住所         | 自宅<br>勤務先<br>その他        | 都道府県    | 市区町村以下をすべてお書きください |
| ■電話番号(携帯番号) |                         |         |                   |
| ■FAX番号      |                         |         |                   |
| ■E-Mailアドレス |                         |         |                   |
| ■参加予定人数     | 大人                      | 人 / お子様 | 人 / 計             |
| ■ご来場の方法     | 公共の交通機関を利用する            |         |                   |
|             | 自家用車を利用する <sup>※1</sup> |         |                   |

※1 お申込みのセミナーが弊社所在地にて開催される場合、駐車スペースには台数に限りがございます。満車の際には近隣の一般駐車場をご案内させていただく場合もございます

3. 参加希望者をご記入ください<sup>※2</sup>

|     |                        |                                  |
|-----|------------------------|----------------------------------|
| お名前 | 申込者様との関係 <sup>※3</sup> | 申込者様とご連絡先や勤務先、職種などが異なる場合はお書きください |
| 1   |                        |                                  |
| お名前 | 申込者様との関係               | 申込者様とご連絡先や勤務先、職種などが異なる場合はお書きください |
| 2   |                        |                                  |
| お名前 | 申込者様との関係               | 申込者様とご連絡先や勤務先、職種などが異なる場合はお書きください |
| 3   |                        |                                  |
| お名前 | 申込者様との関係               | 申込者様とご連絡先や勤務先、職種などが異なる場合はお書きください |
| 4   |                        |                                  |

※2 参加予定者の全員のお名前をご記入ください

※3 ご家族の場合は続柄をご記入ください

4. スタンディング・セミナーに加えて、スタンディング体験についても希望される方はご記入ください<sup>※4※5</sup>

|     |    |    |     |     |        |
|-----|----|----|-----|-----|--------|
| お名前 | 年齢 | 身長 | 体重等 | 障害名 | 障害の状況等 |
| 1   |    | 歳  | cm  | kg  |        |
| お名前 | 年齢 | 身長 | 体重等 | 障害名 | 障害の状況等 |
| 2   |    | 歳  | cm  | kg  |        |

※4 参加予定者の中でスタンディング体験を希望される方のお名前、障害名等をお書きください

※5 体験者以外の方は、スタンディング体験見学会となります

5. その他、ご希望、ご要望等ございましたら、ご記入ください

---



---