

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

☐ 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

363,000円(税込)/人

コース詳細

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

請求額

内消費税

合計請求額

支払方法

1回

初回お支払額

2回目の支払額

支払日

カスタマーセンター

電話番号 048-951-5530 平日：10:00～18:00  
※土日祝日を除く

運営会社 株式会社グリーンスマイル  
住所：埼玉県草加市西町996-1