

D X 化支援研修サービス申込書（映像制作編）

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	<input type="checkbox"/> 同上	上記以外の場合
--------	-----------------------------	---------

● サービス内容

申込サービス D X 化支援研修サービス（映像制作編） ※別紙カリキュラムをご確認ください	利用料 363,000円(税込)/人	受講人数	
---	-----------------------	------	--

● 期間

ID付与日	訓練の実施 開始日	訓練の実施 終了日	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

支払方法	請求書	請求額	内消費税	合計請求額
支払回数	2回	初回お支払額	2回目の支払額	支払日 請求書記載のとおり

※全て税込

カスタマーセンター

電話番号 0120-215-605

平日：9:00～18:00

※土日祝日を除く

運営会社 保険アドバイザーズ株式会社

住所：沖縄県中頭郡嘉手納町字水釜412

嘉手納町マルチメディアセンター4F