

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 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

※全て税込

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

カスタマーセンター

電話番号 03-4446-4319

平日：10:00～18:00

※土日祝日を除く

運営会社 株式会社アルファライズ
住所：東京都渋谷区東1-26-20 東京建物東渋谷ビル14階