

●このシートを右記のFAX番号へ送信してください。

FAX:03-6862-5004

ディー・マネージ ユースウェア(訪問指導)申込書

※ご連絡先をご記入下さい。

申込日 平成 年 月 日

フリガナ			
貴社名			担当者名
部署・役職			e-mail. @
郵便番号	〒		
住所			
TEL.			FAX.
アクセス	最寄駅	[]線	[]駅より
	徒歩・タクシー・バス [バス会社名:] []分 停留所[]		

訪問希望日時 ※インストラクターの都合上、希望日時は平日にて5営業日以降の日程にてお申し込みをお願い致します。

希望日時	第1希望	平成 年 月 日	: ~ :	午前中の場合 9:00~もしくは9:30~、 午後の場合 14:00~もしくは14:30~ となります。
	第2希望	平成 年 月 日	: ~ :	
	第3希望	平成 年 月 日	: ~ :	

受講コース ※お間違いのないように、バージョン名まで確実にご記入下さい。

コード	お申し込みソフト・バージョン名	コース名(ある場合のみ)	料金

備考(WindowsOS名・ご希望内容等)

使用ソフト インストール 《 済 ・ 未 》
 使用OS Windows 《 7 ・ 8 ・ 8.1 ・ 10 》
 ご要望・ご依頼内容(当日聞きたい事)
 指導希望ソフト名 《 》

弊社をどのような形で知りましたか？

販売店 (社名:)
 メーカー (社名:)
 ホームページ (URL:)
 その他 ()

申込後のご注意

- お申込確認後、振込のご案内と日程調整等のご連絡を致します。料金は前入金となります。訪問日の4営業日前迄にお振込下さい。
- 平日18時を超える場合、土日祝祭日は2割増でのご料金となります。
- キャンセルは4営業日前まで、3営業日前からはキャンセル料100%となります。(訪問1回分消化)日程の変更はお早めにご連絡下さい
- お振込み頂きました料金の返金は致しかねます。あらかじめご了承下さい。(日程調整にて対応)

お問い合わせ先

株式会社 ディー・マネージ 〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-8-3 TOC第1ビル8F



TEL:03-6824-1001 FAX:03-6862-5004
URL:http://www.d-manage.com/

弊社使用欄

経理	情報処理		業務担当