**◆ ｢TOGAF® 9トレーニング・コース #70（6月）｣ 申込書 ◆**

講義:2024年6月5日（水）-- 7日（金）開催の｢TOGAF®9トレーニング・コース｣に　　　　　　下記の者が受講します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申 込 日 |  年 月 日 |
| 認証試験日(ご希望日に〇)人数制限によりご希望に添えない場合がございます。予めご了承の程よろしくお願い申し上げます。 |  | A: 6月14日（金）13:00～16:00 |  | B: 6月15日（土）13:00～16:00 |
| ※印は認証申請に必要な為、日本語と英語をご記入ください。 |
|  |  ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性別 |  |
| ※氏 名 | 日本語 |  |
| 英 語 |  |
| ※会社名 | 日本語 |  |
| 英 語 |  |
| ※部署名 | 日本語 |  |
| 英 語 |  |
| ※役職名 | 日本語 |  |
| 英 語 |  |
| e-mail |  |
| (ｺｰｽ中連絡可能な連絡先)携帯番号 |  |
| 書籍や書類等がお受け取り可能な宛先に■を入れてご住所等をご記入ください。 |
|  □ 会社宛 □ 自宅宛 |
| 郵便番号 | 〒 |
| 住 所 |  |
| T E L |  |
| 上記住所がご自宅の場合のみ、会社住所をご記入ください。 |
| 会社住所 | 〒 |
| 会社T E L |  |
| 申込責任（上司）氏名／役職 |  |
| この研修をお申込みされたきっかけを教えてください。（■でご回答ください。／複数回答可） |
| □上司・同僚からの勧め　　 □インターネット検索　　 □新聞・雑誌等の掲載　□講演会　　　　　　　　　　　□パートナー企業からの紹介□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |