ビューローベリタスジャパン株式会社

システム認証事業本部 トレーニングサービスグループ 宛

申込書送付先：training-jp@bureauveritas.com

**JAS個別講習会お申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 開催希望日時  （第1希望）\*1 | 20　　年　　月　　日（　 ）　　：　　〜　 ： | | | 対面　　オンライン  (いずれかを選択) |
| 開催希望日時  （第2希望）\*1 | 20　　年　　月　　日（　 ）　　：　　〜　 ： | | | 対面　　オンライン  (いずれかを選択) |
| 講習会の種類  (□のいずれかを選択) | A. JAS講習会　　　 （　 有機　 /  生産情報公表　）  B. その他の講習会　 （　 有機　 /  生産情報公表　） | | | |
| 受講予定者数 | 名　　 ＊Aの講習会の場合、添付の受講予定者一覧を添付ください。 | | | |
| 認証番号 |  | | | |
| 貴社名 |  | | | |
| ご担当者部署名 |  | | | |
| （フリガナ）  ご担当者氏名 |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| TEL | −　　　　− | Fax | −　　　　− | |
| ご担当者住所 | 〒 | | | |
| 開催場所  住所/名称 | 〒 ※ご担当者住所と異なる場合に記載ください。 | | | |
| 開催場所TEL |  | | | |
| テキスト送付先  住所/名称 | 〒  ※ご担当者住所と異なる場合に記載ください。 | | | |
| 送付先 TEL |  | | | |

特記事項（Ｂの「その他の講習会」をご希望の場合、内容をご記入下さい。）

|  |
| --- |
|  |

**\*1. 所要時間は4時間となります。**

**受講予定者一覧**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会社名 | 部署名 | 受講者氏名 | 氏名フリガナ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**講習会受講予定者合計：　　　　　　　　名**

＜お願い＞

ご提出後に上記受講者が変更になりました場合にはご連絡をお願いいたします。