

年 月 日

個人サンプリング法に関する講習申込書請求FAX

ふりがな	
氏名	

申込書送付先(どちらかに○をつけて下さい)	
自宅	勤務先
※申込書の送付先が、勤務先の場合は、勤務先(会社名等)・所属部署等を記入して下さい。 ※連絡先(電話番号)は、平日9時～17時に連絡がとれる番号を記入して下さい。	

住所	〒 —
連絡先	
勤務先	
所属部署	
請求書	<input type="checkbox"/> 個人名で発行希望 <input type="checkbox"/> 勤務先名で発行希望 <input type="checkbox"/> 請求書不要
備考	

受講希望欄に○をつけて下さい。

回数	個人サンプリング法に関する講習日程	受講希望
第1回	2024年6月13日(木)、14日(金)	
第2回	2025年1月16日(木)、17日(金)	

FAXでご送付ください 大同分析リサーチ環境測定事業部 講習担当

FAX052-611-9461