

日本靴小売商連盟シューフィッター

受講申込書・認定資格証ステッカー書替補講申込書

(フリガナ) 氏名		性 別	男 女
生 年 月 日	年 月 日 (満 才)		
(資格証本人の) 住所	(〒) Tel メールアドレス(必須) @		
店名/会社名			
所在地	(〒) Tel fax メールアドレス @		
職種/職歴	どちらかに○をつけてください 販売・製造 年		
★書替・補講の方は下記にもご記入お願いいたします			
シューフィッター資格証	認定No.		
受講希望方法	どちらかに○をつけて下さい。 ・ 月 日出席受講します。 ・ 出席できませんので通信での受講を希望します		

上記のとおり受講料・補講料を添えて申し込みます。 平成 年 月 日

受講者名

㊞

社 (店) 名

㊞