

オートフォームジャパン株式会社宛

〒105-0021

東京都港区東新橋2-3-17 MOMENTO SHIODOME 3階 TEL:03-6459-0881

FAX: 03-3431-7661

問い合わせ先 E-mail : training@autoform.jp

お申込日 年 月 日

■以下ご記入の上FAXまたはメールにてご送付下さい。

※★印の付いたトレーニングはお客様のご要望に応じて開催しています。開催を希望される場合は受講申込書に「希望開催日」と「希望開催場所」をご入力ください。後ほど担当の者より折り返しご連絡します。

※推奨環境ブラウザ（Internet Explorer）をご利用ください。推奨環境以外のOS、ブラウザでも画面表示等ができる場合がありますが、不具合が生じることがありますのでご了承ください。

トレーニング名					開催日： 年 月 日～ 月 日
開催地					オンサイト
東京	太田	名古屋	広島		

受講者代表	会社名（フリガナ）		
	部署名	役職名	氏名（フリガナ）
	〒	—	
	TEL	FAX	E-mail

事前アンケート 1 トレーニングへの参加目的をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の担当者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	製品または金型設計者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	AutoForm製品の導入評価のため
事前アンケート 2 解析経験の有無をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の経験あり
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析以外の解析経験あり
<input type="checkbox"/>	解析経験なし

受講者	部署名	役職名	氏名（フリガナ）
	TEL	FAX	E-mail

事前アンケート 1 トレーニングへの参加目的をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の担当者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	製品または金型設計者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	AutoForm製品の導入評価のため
事前アンケート 2 解析経験の有無をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の経験あり
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析以外の解析経験あり
<input type="checkbox"/>	解析経験なし

受講者	部署名	役職名	氏名（フリガナ）
	TEL	FAX	E-mail

事前アンケート 1 トレーニングへの参加目的をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の担当者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	製品または金型設計者として解析業務実施のため
<input type="checkbox"/>	AutoForm製品の導入評価のため
事前アンケート 2 解析経験の有無をお聞かせください	
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析の経験あり
<input type="checkbox"/>	プレス成形解析以外の解析経験あり
<input type="checkbox"/>	解析経験なし

■お申込み上の注意点

- ・この申込書は、あくまで仮申込書ですので、提出次第すぐに受講が決まるというものではありません。受講申し込み状況により、受講できない可能性もありますのでご了承ください。
- ・お申し込みいただいたお客様には、後ほど担当者よりご連絡をさせていただきます。
- ・ご希望の連絡方法（FAX、電話、メール等）などがございましたら備考欄にご記入ください。
- ・ご不明な点がございましたらお気軽にご連絡ください。