

医療現場の接遇研修申込書

申込日： 年 月 日

<input type="checkbox"/> トレーニングコース	
セミナー開催日： 年 月 日	
ふりがな ----- ご氏名	
ANA カードお客様番号（10桁）	
ANA カード（クレジットカード機能付）をお持ちのお客様は15%割引でご案内いたします。	
請求書郵送先 〒	
TEL	FAX
携帯	E-Mail
ふりがな ----- お勤め先（正式名称）	部署名

ご連絡事項

■上記内容をご記入のうえ、FAXまたはご郵送ください。

FAX：03-5148-2588

郵送先：〒104-0045 東京都中央区築地 2-12-10 築地MFビル 26号館
ANAラーニング株式会社

■ご不明な点は、下記までご連絡ください。

ANAラーニング株式会社

TEL：03-5148-2500 9:30~12:00 / 13:00~17:00（土日・祝祭日・年末年始除く）

e-mail: info@analearning.com