

D X 化支援研修サービス申込書

受講コース名

申込日

西暦 2025 年 月 日

D X 化支援研修サービス利用規約に同意及び重要事項説明書を確認した上で、本サービス利用契約を申し込みます。

申込者情報

● ご契約法人名

| | |
|--|---|
| | 印 |
|--|---|

● 所在地またはご住所

| | | |
|------|----------|----------|
| 〒 | — | |
| | 都道 府県 | |
| 代表者名 | 電話番号 | F A X 番号 |

● 管理者情報

| | | |
|-----------|------|----|
| 管理者名 | 部署 | 役職 |
| 電話番号 | 携帯番号 | |
| メールアドレス @ | | |

| | | |
|--------|-----------------------------|---------|
| 請求書送付先 | <input type="checkbox"/> 同上 | 上記以外の場合 |
|--------|-----------------------------|---------|

● サービス内容

| | | | |
|-------|-----------------------|------|--|
| コース詳細 | 363,000円(税込)/人 利用料 | 受講人数 | |
|-------|-----------------------|------|--|

● 期間

| | | | |
|-------|--------------|--------------|-------|
| ID付与日 | 訓練の実施 開始日 | 訓練の実施 終了日 | ID消滅日 |
|-------|--------------|--------------|-------|

※上記日付は、原則としてID付与日の3週間前までに、書面(メール含む)による日付変更の申請があった場合、運営会社は日付変更に応じるものとする
※日付変更が行われた場合、申込者および運営会社の双方は、本申込書の控えの日付を合意した日付に手書修正し保管する

● 支払方法

※全て税込

| 請求書 | 請求額 | 内消費税 | 合計請求額 |
|------|--------------|---------|------------------|
| 支払方法 | | | |
| 支払回数 | 1回 初回お支払額 | 2回目の支払額 | 請求書記載のとおり 支払日 |

カスタマーセンター

電話番号 03-6380-3481 平日：10:00～18:00
※土日祝日を除く

運営会社 株式会社HWG
住所：東京都新宿区高田馬場2-14-2