

# 技術講習 申込書

**[お申し込み方法]**

- ① 下記太枠内をご記入の上、FAXもしくはEメールでご送付ください。
- ② 担当者より折り返しご連絡の上、詳細をヒアリングさせていただきます。
- ③ 後日、受講可能日程とカリキュラム、お見積りをご連絡いたします。お見積りにご承諾いただきましたら本申込完了です。



**フレックスシールドジャパン**

TEL:046-211-5121 担当:井上 徳広

送信先
▶ FAX.046-409-9897
▶ Eメール: flexishield.japan@gmail.com

<b>受講者</b>	会社名		部署名		
	ご住所	(〒      -      )			
	お名前		電話		
	ふりがな		FAX		
	メールアドレス	@			

※受講者ご本人様と異なる場合にご記入ください。受講者様と同一の場合は、記入不要です。

<b>ご連絡窓口</b>	部署名		電話	
			FAX	
	お名前		メールアドレス	

<b>ご希望の講習内容</b>	<b>製品 (複数選択可)</b>	<b>受講レベル (1つお選びください)</b>
	<input type="checkbox"/> PPFウェット施工 (クリア・マットタイプ) <input type="checkbox"/> PPFドライ施工 (コスメティックPPF) <input type="checkbox"/> ウィンドウプロテクションフィルム <input type="checkbox"/> プレカットシステム (I CUT PROGRAM/RAP) <small>※導入には別途プロッター等の設備が必要となります。</small>	<input type="checkbox"/> 1日体験 <input type="checkbox"/> 施工技術の習得 (認定取得は希望しない) <input type="checkbox"/> フレックスシールド認定取得 <small>※認定取得に費用はかかりませんが、通常の技術習得よりも講習時間が長くなります。</small>
	<b>日程 (ご希望月をご記入の上、上中下旬を○で囲んでください)</b>	
	第1希望    ___月 (上・中・下) 旬頃 第2希望    ___月 (上・中・下) 旬頃 受講期間    ___日 ~ ___日間	<b>講習会場併設の宿泊施設の利用 (※無料)</b>
	受講者のPPF施工状況	<input type="checkbox"/> 未経験 <input type="checkbox"/> 他社の講習経験あり (_____社 _____日間程度) <input type="checkbox"/> すでにPPF事業を営んでいる (部分施工____台/月、フル施工____台/月程度) <input type="checkbox"/> ラッピング施工経験がある場合は、右記もご記入ください (施工歴____年程度)

<b>その他</b>	ご要望・ご質問など
------------	-----------

※受講時間は原則終日 (10:00~19:00、昼食は受講者様にてご負担) となります。  
 ※受講場所は原則フレックスシールドジャパン本社 (神奈川県愛甲郡相川町半原3871-2) になります。出張講習をご要望の場合は備考欄にご記入ください。  
 ※受講内容によっては日程のご希望に添えない場合がありますこと予めご了承ください。