

研修申込書

お申し込みは、必要事項を記入の上、FAXにてご返信下さい。

FAX 0558(76)0934

東静電気株式会社 担当 白谷行

ご希望日	月 日() ~ 月 日()	
法人・団体名		
ご住所	〒	
TEL / FAX	/	
ご芳名	(ご芳名)	(お役職)

- お申し込みいただいた方には弊社にてスケジュール検討の上、受付確認と合わせ、会場の地図をFAXにてお送りします。
- 宿泊については、お手数ですがお客様にて手配願います。

研修2日目 真空調理実践メニュー ~お客様ご要望メニュー~
ご希望のメニューを必ず記入願います。

1		4	
2		5	
3		6	

よろしければ、下記アンケートにお答えください。

- 真空調理の導入を考えておられますか？
A: はい (: 導入予定 b: 現在検討中 c: 将来に向けて)
B: いいえ C: 導入済
- 真空包装機はお使いですか？
A: はい (メーカー名:)
B: いいえ (: 現在検討中 b: 興味あり c: 今は必要なし)
- スチームコンベクションオーブンはご使用ですか？
A: はい (メーカー名/段数:)
B: いいえ (: 現在検討中 b: 興味あり c: 今は必要なし)
- その他、ご意見・ご要望事項がございましたら一言お願いします。

ご協力いただき、誠に有難うございました。

お客様の個人情報は今後の講習会及び展示会等のご案内をお送りする為に利用させていただきます。