

『e-Returnインストラクター』派遣申込書

「e-Returnインストラクター」の派遣を希望される場合、以下にご記入の上FAXにてお送り下さい。

貴社名	
担当者お名前	
ご住所	〒 -
電話番号	()
eメール	@

【依頼内容】

希望日時	第1希望	月 日 <input type="checkbox"/> 10-12時 <input type="checkbox"/> 13-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時
	第2希望	月 日 <input type="checkbox"/> 10-12時 <input type="checkbox"/> 13-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時
	第3希望	月 日 <input type="checkbox"/> 10-12時 <input type="checkbox"/> 13-15時 <input type="checkbox"/> 15-17時
		ご希望に沿えない場合もありますので予めご了承ください。
派遣人数	名(ご記入がない場合は1名とさせていただきます。)	
主な依頼業務 (☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 入力トレーニング <input type="checkbox"/> 法人リスク判定・退職金判定 <input type="checkbox"/> 入力代行業務 <input type="checkbox"/> 保険管理ファイル作成 <input type="checkbox"/> 生命保険の仕組み・証券の見方	
その他ご要望事項		

【お願いしたい事項】

- ・ご希望に沿えない場合もありますので余裕をもってご依頼ください。
- ・当日時間を延長される場合は延長料金(30分1,500円)が掛かります。
- ・保険証券等のデータは予めコピーをご準備下さい。
- ・e-ReturnのID・パスワードは御社にて管理をお願いします。
- ・顧問先様へのご同行は致しかねます。「アライアンスパートナー」をご利用ください。

【お問い合わせ先】

株式会社e-Return 担当:木下		
電話/03-6380-5568	e-Mail/ info@e-return.jp	HP/ www.e-return.jp

FAX 03-6380-5567

