중소기업혁신개발원

『Well Living건강 CEO특별과정』수강신청서

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 교육과정(총15강) | | | 2020년 3월 23일(월) ~ 2020년 6월 22일(월) | | | | |
| 신  청  인 | 성 명 |  | | 휴 대 폰 |  | | |
| 주민등록번호 (앞 6자리) |  | | 생 일 | 월 일 (양력, 음력) | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 자택 주소 |  | | | | | |
| 지원 경로 | □문자□홈페이지□기사□카페□현수막□**SNS**□추천인및기타**( )** | | | | | |
| 신  청  인  회  사  개  요 | 회 사 명 |  | | 직 위 |  | 종업원수 | 명 |
| 사업장 주소 | **(우편번호)** | | | | 수강료 영수증 발급 요청 | |
| 필요( ) | 불필요( ) |
| 전화번호(직통) |  | | FAX |  | | |
| 사업자등록번호 |  | | 취급종목 |  | | |
| ㆍ개인정보 수집 및 이용에 대한 동의 여부: □동의 □부동의  ㆍ개인정보 수집 및 이용목적: 수강신청 확인, 영수증 발급, 회원 이력관리 등. | | | | | | | |
| **<안내사항>**  **1. 출석률 30%이상 해당자에게 수료증서 수여**  **2. 출석률 30%이상 해당자는 후원병원 이용시 VIP 회원등록 및 VIP자격으로 치료시 혜택**  **상기 본인은 중소기업혁신개발원에서 개설한 『 Well Living 건강 CEO 특별과정 』에**  **수강하고자 신청서를 제출합니다.**  2020년 월 일  **신청인 (서명)**  EMB00002f2c16fc | | | | | | | |

※본 원서를 e-mail 또는 FAX로 송부 후 전화로 꼭 확인하시기 바랍니다.

|  |
| --- |
| **연락처**: **TEL**: 042-322-0111 **FAX:** 042-348-3737 **E-Mail**: sid1112@ hanmail.net |