

モバイルロボット 세미나 **ご依頼・回答用紙**

★必要事項をご記入の上、右記番号へ直接 F A X または Mail にてご依頼ください。

Fax: 055-977-9084

Mail: ib-fs-ofe@omron.com

お客様記入欄

<ご依頼元/ご請求先>

ご依頼元社名		ご所属	
ご担当者			
支払条件	【一般のお客様】 請求後 1ヶ月以内に現金または振込みにてお支払ください。 【販売店様】 販売店様支払条件に基づきお支払下さい。		
ご住所	〒 -		
電話番号		F A X 番号	

<受講者情報1> ※必ずご記入ください（メールあるいはFAXにてセミナーご案内書を送付いたします）

お会社名		メールアドレス	
受講者氏名			
ご住所	〒 -		
電話番号		F A X 番号	

<受講者情報2> ※受講者情報1と同一の場合は、氏名のみ記入ください。

お会社名		メールアドレス	
受講者氏名			

<受講者情報3> ※受講者情報1と同一の場合は、氏名のみ記入ください。

お会社名		メールアドレス	
受講者氏名			

<受講者情報4> ※受講者情報1と同一の場合は、氏名のみ記入ください。

お会社名		メールアドレス	
受講者氏名			

<ご希望セミナー・開催場所> ○をつけてください（オプション②コースを選択する場合は、2つ選択してください）

コース	セミナー名	最大人数	ご希望セミナー	ご希望開催場所
ベーシック	モバイルロボットベーシック（2日間）	4名	<input type="checkbox"/>	貴社 or 弊社(三島)
オプション①	EnterpriseManager（1日間）		<input type="checkbox"/>	
オプション②	タッチスクリーン（0.5日間）		<input type="checkbox"/>	
	Call/Door Box（0.5日間）		<input type="checkbox"/>	
	Acuity Localization（0.5日間）		<input type="checkbox"/>	
	HAPS（0.5日間）		<input type="checkbox"/>	
メンテナンス	カートトランスポート（0.5日間）	<input type="checkbox"/>		
	メンテナンスセミナー（OEMタイプ 1日間）	3名	<input type="checkbox"/>	弊社(野洲)
メンテナンスセミナー（CTタイプ 2日間）	<input type="checkbox"/>			

貴社印(サシ可)

希望日 年 月 日 受講者数： 名（最大4名）

当社記入欄

<回答欄>

■ 対応拠点/対応者 _____ 業務範囲 1 2 3

■ 対応日 [期間] _____

<連絡欄>

〒411-0822 静岡県三島市松本6-6
 オムロンフィールドエンジニアリング株式会社 IBサービス部 IBフィールドサービス課
 電話 055-982-5025 (案内3) Fax 055-977-9084

担当者印

当社管理用

miniBU選択	作成	所属長	入力	確認
■ ロボットサービス				
管理No				
出張受付日	金額 (税抜)		円	
請求書送付日				

お預かりする個人情報は、弊社の個人情報保護方針に基づき、厳正に取り扱わせて頂きます。

詳細については、弊社ホームページ内「個人情報の取り扱いについて」をご参照ください。[http://www.omron-fe.co.jp/info/privacy_ofe.html]