プリントアウトしてご利用ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| B-1西中島 | **STEP B-1 Interview Room in 西中島** | FAX番号 | **06-6309-1444** |
| インタビュールーム申込書 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. FAX送付日
 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| 1. お申込み貴社名
 |
| 貴社名 |  |
| 担当部署 |  | ご担当者 |  |
| ご住所 | 〒　　 |
| ご請求先 | 〒　　（上記住所と異なる場合のみご記入ください） |
| 電話番号 | 　 |
| FAX番号 | 　 |
| E-MAIL | 　 |

|  |
| --- |
| 1. インタビュールームご利用日
 |
| 区分 日時 | 午前**09：30～13：00** | 午後**13：30～17：00** | 夜間**17：30～21：30** | 終日**09：30～21：30** |
| 　　　月　　　日（　　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　月　　　日（　　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　月　　　日（　　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　　　月　　　日（　　　） | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 看板名
 | 　 |
| 1. 当日のご入室時間
 | 　　　　時　　　　分頃　予定（初日のみ） |
| 1. 同時通訳機器のご使用
 | 要　　／　　不要 （○で囲む） |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 備考
 | （ご希望、ご要望、ご質問があればご記入ください。）　 |
| ※必須1. 確認
 |  | **※記載された情報はインタビュールーム利用に関するご連絡、及び時候のご挨拶以外の目的には利用致しません****「ご確認後、ご同意いただける場合は、左枠にレ点を入れてください。」** |
|  | **※録画データのお渡しはインタビュールーム内のオリジナル音声の****場合は Blu-ray Disc、同時通訳音声の場合は DVD となります****「ご確認後、左枠にレ点を入れてください。」** |

宛先:  **-**  **in 西中島**

(オフィス コキリコ)

FAX: 06-6309-1444 (TEL: 06-6309-4444)