必要事項を記載の上

商工会にFAXしてください。

○○○商工会　行

ＦＡＸ　000-000-0000

DXキックオフセミナー参加申込書

記入日：令和 　 年　　月　　日

参加希望会場　　　　都留会場　　・　　昭和会場

　　　　　　　（どちらかに〇をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 参加者氏名 |  |
| 業種 |  |
| TEL |  |
| Mailアドレス |  |
| 取組状況確認アンケート（どちらかに〇） | ①DX取組開始済　 　はい ・ いいえ②DX予算化 はい ・ いいえ③DX担当者の有無 はい ・ いいえ |
| DXに関するご質問・ご相談ごとあればご記入ください |  |

