|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ＴＱＭ診断申込書  ２０　　年　　月　　日  デミング賞委員会委員長　殿  所 在 地  組 織 名  代表者名  (または部門長名)　 ㊞  デミング賞委員会委員によるＴＱＭ診断を下記の通り申し込みます。  １．希望時期：記入例：XXXX年XX月、XX月～XX月・・・）  ※ご記入の時期から、委員会で調整可能な日を検討の上、候補日をご連絡します。  ２．受診を希望する組織：　　　　　　　　　　　　　　　　 (日　数)　(委員数)        ３．目的  応募の手引き p.53　目的　ａ）～ｃ)のうち　　　を希望します。  ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・  **〔競合関係の確認〕**  審査委員の中には企業に所属する審査委員、企業を指導している審査委員もいます。競合関係等から避けた方がよい企業がありましたらその企業名を具体的に下記にご記入ください。  ※上記ご記入がなかった場合は、審査委員会で審査委員と交わしている守秘誓約書にもとづいて、特に問題ないものとしてＴＱＭ診断担当委員を決定させていただきますのでご了承ください。 |  |
| 連絡担当者(所属、電話、FAX、E-mail) | | |
| **注）**申込書に提出資料（応募の手引きp.6-7参照）を添付してください。  注）申込締切日：2月20日(同年4月1日～翌年3月31 日実施分について) | | |