

# 受講申込書

令和 年 月 日

岩手県立宮古高等技術専門校長 様

研修担当者

下記のとおり受講を申し込みます。

記

コース名	No. _____			
実施日程	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 日間)			
受講者	ふりがな		性別 男・女	
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
	現住所	〒 -	TEL - - FAX - -	
勤務先	事業所名		従業員数 人	
	所在地	〒 -	TEL - - FAX - -	
	事業内容			
	受講者の役職等	役職名	業務内容	勤務年数 年 ヶ月
	研修担当者			
	(E-mailアドレス)			
連絡先	セミナー詳細・案内等の連絡先 (○をつけてください) 勤務先 ・ 本人			

注) 用紙はコピーしてお使いください。

(A4)

受講申込書にご記入いただいた個人情報は、能力開発セミナーの受講に関する事務処理及び個人を特定しない統計処理、能力開発セミナーのご案内等に利用させていただきます。

岩手県立宮古高等技術専門校  
〒027-0037 宮古市松山 8-29-3

FAX番号

**0193-64-6596**