スキルアップ講座　受講申込書

　　申込日　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

長野県飯田技術専門校長　様

以下のとおり、産業人材カレッジ　スキルアップ講座の受講を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望講座名 |  |
| 企　業　名 |  | 従業員数 |  |
| 所在地/住所 |  |
| 担　　当　　者 |  | 部署・職名 |  |
| 連　　絡　　先 | 代表電話番号 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  |

受講申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | 生年月日 | 部署・職名 |
| 受講希望者氏名 |
|  | Ｓ　　・　　Ｈ |  |
|  | 　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
|  | Ｓ　　・　　Ｈ |  |
|  | 　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |
|  | Ｓ　　・　　Ｈ |  |
|  | 　　　年　　　　　　月　　　　　　日 |

★★注意事項★★

〇在職者は「企業名」から「連絡先」までを空欄としてください。

〇「総従業員数」は本社・本部及びすべての支社・支店・工場等を含めてください。他社（グループ内別企業等）は含めないでください。

〇生年月日は、修了証書の交付に必要となりますので必ずご記入ください。

〇ご記入いただいた個人情報は、当該講座に関する事務（連絡、修了証書の交付等）及び業務統計の限り使用します。

ファクシミリ送信先（飯田技術専門校）：０２６５－２２－４０１５