

新入社員研修受講申込書

平成24年 月 日

事業所名				会員区分	一般(非会員)	
所在地	〒			業種		
TEL			FAX			
連絡担当者	所属			氏名		
e-mail						
受講者氏名 (ご希望の回を ○で囲んでくだ さい。)	第1回 (3/27・28)	第2回 (4/3・4)	第3回 (4/5・6)	(フリガナ)	所属	
					年齢	
					性別	男・女
	第1回 (3/27・28)	第2回 (4/3・4)	第3回 (4/5・6)	(フリガナ)	所属	
					年齢	
					性別	男・女
	第1回 (3/27・28)	第2回 (4/3・4)	第3回 (4/5・6)	(フリガナ)	所属	
					年齢	
					性別	男・女
	第1回 (3/27・28)	第2回 (4/3・4)	第3回 (4/5・6)	(フリガナ)	所属	
					年齢	
					性別	男・女
	第1回 (3/27・28)	第2回 (4/3・4)	第3回 (4/5・6)	(フリガナ)	所属	
					年齢	
					性別	男・女

【お申込み FAX：043-296-1186】

※ 申込後1週間以内に、受理確認のご連絡をします。
連絡がない場合には、当協会までご連絡ください。

○お申込み・お問い合わせ先

千葉県職業能力開発協会 訓練振興課

〒261-0026

千葉市美浜区幕張西4-1-10

TEL 043-296-1150 FAX 043-296-1186

URL <http://www.chivada.or.jp>