

在職者訓練 受講申込書

(浜松テクノカレッジ)

貴校の在職者訓練を受講したいので申し込みます。

ガス溶接技能講習の受講者は、本書の提出により、個人情報の指定保存交付機関への提供に同意します。

令和 年 月 日

浜松技術専門校長 様

訓練コース名	訓練開始月日及び昼夜の別		月	日	開始 (昼 ・ 夜)
	フリガナ			性別	
氏名				男 ・ 女	
自宅電話番号	電話< > -	携帯< > -			
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(受講日初日で 歳)
住所	〒 -				
受講通知送付先	1. 自宅		2. 会社		
経験年数	年 (勤務年数を記入してください。)				
職務内容	1. 直接加工・技能 2. 間接加工・技術(製図・生産技術・現場管理等) 3. 企画・設計・経営管理 4. 事務 5. 営業・販売 6. その他 ()				
事業所名					
連絡担当者	電話< > -	Fax< > -			
事業所所在地	〒 -				
規模	1. (1 ~ 29人)	2. (30 ~ 99人)	3. (100~299人)		
	4. (300~499人)	5. (500~999人)	6. (1,000人以上)		
業種	1. 輸送用機器製造業	2. 電気機器製造業	3. 一般機器製造業		
	4. 木工・繊維製造業	5. その他の製造業	6. 土木・建設業		
	7. 物流・販売業	8. サービス業	9. その他()		
備考	※ これは在職者訓練です。事業所欄を必ず記入してください。 記入されていない方は在職者でないとみなし優先度が下がります。				

〒 435-0056

浜松市中央区小池町2444番地の1 浜松テクノカレッジ (浜松技術専門校) 訓練課

電話: 053-462-5603 Fax: 053-462-5604

※ この受講申込書は、コピーしてお使いください。