

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
受講者電話番号	電話< > - 携帯< > -	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	(受講日初日で 歳)
受講者住所	〒 -	
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。 在職者でない方は受講できません。	

〒 435-0056

浜松市東区小池町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。