

# 能力向上訓練 受講申込書

令和 年 月 日

岩手県知事認定  
水沢高等職業訓練校長 様

能力向上訓練を受講したいので、下記のとおり申し込みます。  
なお、貴校の諸規定、その他の諸指示を守り、迷惑をかけないことを誓います。

|      |                        |
|------|------------------------|
| コース名 | No. フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 |
| 実施日  | 令和元年 月 日 ( )           |

|     |                   |                     |             |                |    |       |
|-----|-------------------|---------------------|-------------|----------------|----|-------|
| 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        | 学歴          | 中卒・高卒・短大専門卒・大卒 |    |       |
|     | 住 所 等             | 〒 ー                 |             |                |    |       |
|     |                   | TEL ( ) ー FAX ( ) ー |             |                |    |       |
|     | 日中連絡先<br>(携帯番号等)  | ー ー                 |             |                |    |       |
| 事業所 | 事業所名<br>代表者役職名    |                     |             |                |    |       |
|     | 事業所住所             | 〒 ー                 |             |                |    |       |
|     | 常 用<br>従 業 員 数    | 人                   | 建設業<br>許可番号 |                |    |       |
|     | 事業の種類             |                     |             |                |    |       |
|     | 申込に関する<br>担 当 部 署 |                     | 担当者氏名       | 役職名<br>( )     |    |       |
|     | T E L             | ( ) ー               | F A X       | ( ) ー          |    |       |

|         |           |     |   |
|---------|-----------|-----|---|
| ※訓練校使用欄 | 会 員 ・ 非会員 | 受講料 | 円 |
|---------|-----------|-----|---|