**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 | №94　フルハーネス型墜落制止用器具特別教育 |
| 実　施　日 | 令和5年2月3日（金） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 〒　　　－  TEL（　　　）　　　－　　　　　FAX（　　　）　　　－ | | | | | | | |
| 日中連絡先  (携帯番号等) | －　　　　　　－ | | | | |  | | |
| 事業所 | 事業所名  代表者役職名 |  | | | | | | | |
| 事業所住所 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 常用  従業員数 | 人 | | 建設業  許可番号 | | |  | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | |
| 申込に関する  担当部署 |  | | 担当者氏名 | | | 役職名  （　　　　） | | |
| ＴＥＬ | （　　　）　　　－ | | ＦＡＸ | | | （　　　）　　　－ | | |

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