

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、迷惑をかけることを誓います。

コース名	No.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 ()		
	T E L	() -	F A X	() -		

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