

第1回「職業能力開発推進者講習会」受講申込書

(職業能力評価基準の概要と活用セミナー)

申込日：平成29年 月 日

事業所名	フリガナ		
事業所等 所在地	フリガナ		
	〒		
	TEL ()	FAX ()	
	連絡担当者所属部署名 氏名 TEL ()		
受講者	所属部署・役職名		
	氏名 (性別)	フリガナ	生年月日(年齢) 年 月 日生 才
		(男・女)	
	所属部署・役職名		
	氏名 (性別)	フリガナ	生年月日(年齢) 年 月 日生 才
		(男・女)	
	所属部署・役職名		
	氏名 (性別)	フリガナ	生年月日(年齢) 年 月 日生 才
		(男・女)	
	所属部署・役職名		
	氏名 (性別)	フリガナ	生年月日(年齢) 年 月 日生 才
		(男・女)	

送付先 山形県職業能力開発協会

FAX 023 (644) 2865