様式第２号の２（甲）

向上訓練受講申込書（法人・団体用）

令和　　年　　月　　日

山形県立庄内職業能力開発センター所長　殿

所　在　地　　〒

（電話　　　　　　　　　　　　）

（FAX　　　　　　　　　　　　）

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

代表者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　 　印

事業所の規模　　　　　　　　　　　　　　　　 人

次の訓練を受講したいので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 技能向上コース |
|  | 溶接科（労働安全衛生法に基づくアーク溶接等の業務に係る特別教育） |
|  | （　　）Ａ日程：令和４年３月７日（月）、10日（木）、11日（金）（　　）Ｂ日程：令和４年３月７日（月）、10日（木）、14日（月）※御希望の日程に〇をつけてください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 現　住　所 | 担当業務 | 性別 |
|  | 　・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  |  ・　・ | 〒 |  |  |

様式第２号の２（乙）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生年月日 | 現　住　所 | 担当業務 | 性別 |
|  | 　・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  |  ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  |  ・　・ | 〒 |  |  |
|  | 　・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  |  ・　・ | 〒 |  |  |
|  | ・　・ | 〒 |  |  |
|  |  ・　・ | 〒 |  |  |

担当者（職・）

※問合せなどで御連絡する場合があります

ので、担当者名の記入をお願いします。