

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。

訓練コース	技能向上コース
訓練科	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)
実施期間	() 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○をつけてください。

ふりがな 受講者氏名	生年月日	現住所	担当業務	性別
	・ ・	〒		
	・ ・	〒		
	・ ・	〒		
	・ ・	〒		
	・ ・	〒		

様式第2号の2 (乙)

ふりがな 受講者氏名	生年月日	現住所	担当業務	性別
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		
	. .	〒		

担当者 (職・^{ふりがな}氏名)

※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。