

「自由研削といしの取替え等の業務に係る特別教育」申込書

◎希望受講日をお選びください。

受講日	11/25or12/18	*受講番号	
ふりがな			
氏名			
生年月日	S	H	年 月 日(満才)
現住所			
勤務先	名称		緊急連絡先
	所在地	〒	TEL
			FAX
		担当者	
一般社団法人白井工業団地協議会 代表理事 様		年 月 日	
事業者	責任者氏名		印

※身分確認のため住所がわかる免許証の写し又は、健康保険証の写しを添付して下さい。(裏面に住所変更等記載のある方は裏面のコピーも必要です。)

連絡先 TEL 047-491-0224 FAX 047-491-0222