

島根県技能振興コーナー 宛  
(FAX 0852-22-3404)

R 4 年 度 事 業 依 頼 票 ( 申 込 )

※事前にコーナーへ相談をお願いします。TEL:0852-61-0051

申込団体名				代表者名		
※学校の場合	科名	コース名	学年	担当者名 部署	↓連絡のつきやすい連絡先を記入して下さい。	
所在地	〒 -			電話番号		
				F A X		
				E-mail		
対象区分	<input type="checkbox"/> 高校		<input type="checkbox"/> 企業・団体		<input type="checkbox"/> その他( )	
指導場所・施設						
受講者数	名	.....				
希望日						
時間					回数	回
<input type="checkbox"/> マスターの実技指導 中小企業・団体	☆ 実技指導【職種:                                                  】 <input type="checkbox"/> 技能向上(内容:                                                    ) <input type="checkbox"/> 技能検定レベル 3級・2級・1級(希望の級に○をつけてください)					
	受講者の生年月日 ・     年 月 日 生まれ ・     年 月 日 生まれ                        ※2名以上の場合は別紙添付					
<input type="checkbox"/> マスターの実技指導 工業高校等	☆ 実技指導【職種:                                                  】 <input type="checkbox"/> 技能向上(内容:                                                    ) <input type="checkbox"/> 技能検定レベル 3級・2級・1級(希望の級に○をつけてください)					
	その他上記以外についての連絡事項等欄					

※コーナー記入欄

派遣マスター氏名	
----------	--