

R 5 年 度 事 業 依 頼 票 (実 技 指 導 用)

※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"/> 企業・団体 <input type="checkbox"/> 工業高校等 <input type="checkbox"/> その他()					
指導場所・施設						
受講者数	名					
希望日						
時間	※3時間が基本です。				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)					
	※受講者の氏名・生年月日 ※2名以上の場合は別紙添付 氏名: _____ 生年月日: _____ 氏名: _____ 生年月日: _____					
<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)					
	※受講者名簿を添付してください。					
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						