

「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

受講日			*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	
				TEL	
	所在地	〒		FAX	
				担当者	
2019 年 月 日					
一般社団法人白井工業団地協議会 代表理事 様					
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