**令和５年度第２回外国人技能実習制度適正化講習会**

**参加申込書**

茨城県中小企業団体中央会　支援課　行

（ＦＡＸ　　０２９－２２４－６４４６）

（メールアドレス　　shien@chuoukai-ibaraki.jp）

|  |  |
| --- | --- |
| 組　合　名 |  |
| 記入者氏名 |  | ＴＥＬ | －　　　　－ |

下記の者が講習会に参加いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 役　職 |  | 氏　名 |  |
| ２ | 役　職 |  | 氏　名 |  |

●会場の都合により監理団体あたり2名まででお願いします。

●お申込みいただいた時点で**定員に達していた場合のみ**、中央会から御連絡いたします。

●質問がある場合には、下記に内容を御記載ください。内容により、講師から講習会内で回答をいただく予定です。

|  |
| --- |
|  |

※本申込書に記載された個人情報は、本講習会の運営管理の目的のみに利用させていただきます。

【お申し込み先・お問合せ先】

茨城県中小企業団体中央会　支援課（担当：飯島）

〒310-0801　水戸市桜川2丁目2番35号　茨城県産業会館8階

TEL：029-224-8030　　FAX：029-224-6446　　E-MAIL：shien@chuoukai-ibaraki.jp