

外国人技能実習制度適正化講習会

受講申込書

茨城県中小企業団体中央会 経営支援課 行
(FAX 029-224-6446)

下記のとおり受講を申し込みます。

組 合 名			
記入者氏名		TEL	— —
		FAX	— —
受講者氏名	役 職	備 考	
※ご質問、ご相談がございましたら、事前にご記入ください。			

- 会場の都合により 1 組合あたり 2 名（傘下企業含む）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**、中央会からご連絡いたします。
- 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にのみ利用させていただきます。

【受講申込み・お問い合わせ先】

茨 城 県 中 小 企 業 団 体 中 央 会
〒310-0801
水戸市桜川 2 丁目 2 番 35 号 茨城県産業会館 8 階
経営支援課（担当：田口、大倉）
TEL 029-224-8030 / FAX 029-224-6446
e-mail okura@chuoukai-ibaraki.jp