

FAX : 029-224-6446

令和4年 月 日

茨城県中小企業団体中央会
支援課 野中 行

第2回外国人技能実習制度適正化講習会受講申込書

組 合 名			
記入者氏名		TEL	— —

参加に必要なURLを事前に送付いたしますので、メールアドレスの記載をお願いいたします。

1	役 職		氏 名	
	メールアドレス			
2	役 職		氏 名	
	メールアドレス			

ご質問がある場合には、下記に内容を御記載ください。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、本セミナーの運営管理の目的のみに利用させていただきます。
※下記のQRコードからの申込も可能です。

受講申込 QR



【お申し込み先・お問い合わせ先】

茨城県中小企業団体中央会 支援課（担当：野中）

TEL : 029-224-8030 FAX : 029-224-6446

E-mail : shien@chuoukai-ibaraki.jp