**FAX.0294(25)6125**

別 紙

**(公財)日立地区産業支援センター　　黒須 行**

（申込締切日：第４回･･･Ｒ４/１２/１７(金)）

**【マシニングセンタ操作技術研修】受講申込書**

 ＜ 記 ＞

**１．申　込　日** 　： 令和 　 年　　月　 日

**２．申込事業所**：

|  |  |
| --- | --- |
| (1) 事 業 所 名 |  |
| (2) 所在市町村名 |  |
| (3) 連　絡担当者 | 氏　名(所属) | 氏　名： 　（所属： ） |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

**３．受講希望者名**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当に○ | 第４回(1/17～21) |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏 名 |  |
|  |
| 年　齢  | 　　　　歳 |  |
| 所属部署 |  |  |
| 担当業務(経験年数) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　年) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当に○ | 第４回(1/17～21) |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏 名 |  |
|  |
| 年　齢  | 　　　　歳 |  |
| 所属部署 |  |  |
| 担当業務(経験年数) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　年) |

　　　＊足りない時はコピーしてご使用ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上