FAX：0186-23-4919　　Eメール：shokunou@siren.ocn.ne.jp

日付：令和　　年　　日

講習受講［仮］申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名  住所  (個人の方は個人名) | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E – m a i l |  |
| 申込担当者 | 部署　　　　　　　　　　　氏名 |

【受講仮申込み】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習コード | 仮申込み講習名 | 受講予定人数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【計画表に記載のない希望する講習名】

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する講習名 | 受講予定人数 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

◆ お申込み、お問い合わせ先 ◆

職業訓練法人　鹿角地方職業能力開発協会

〒018-5201　鹿角市花輪字柳田36

TEL：0186（23）4330　FAX：0186（23）4919

E-mail：shokunou＠siren.ocn.ne.jp

※仮申込みをしても受講責任、及び受講料を請求することはありません。

仮申込みは、郵送、お電話、ＦＡＸ、Ｅメールにて受付しております。

仮申込みされた方には講習開催日が決まり次第、**詳細な講習案内と受講申込書を送付**いたします。