

# 静岡県職業能力開発協会 企画研修受講申込書

講座番号	講座タイトル	開催日

会社名		
所在地	〒	
ご連絡担当者	所属・役職	氏名
電話番号		
メールアドレス		

受講者希望者	氏名	所属・役職
	ふりがな	
	氏名	所属・役職
	ふりがな	
	氏名	所属・役職
	ふりがな	
	氏名	所属・役職
	ふりがな	

**確認事項**

1. 申込者少数の場合、中止または開講日の変更をさせて頂くことがあります。
2. 講師の都合、悪天候等のやむをえない事情により、開講を中止または日程、講師の変更をすることがあります。
3. 受講申込後、受講を取り消される場合は開講日1週間前までに電話にてお知らせください。
4. 人材育成やコンサルティング事業に関係する法人様や研修講師をなさっている方は参加をご遠慮いただく可能性があります。
5. 研修において市販の書籍等を使用する場合は、受講者に持参いただきます。  
上記事項を確認しました。

確認担当者様のご署名欄

氏 名 \_\_\_\_\_

F A X 送信先 054 (345) 2397