

※ 受付番号：
※ 受講番号：

<b>写真</b> (3×2.4)
はがれることがある ので 写真裏面には 氏名、生年月日を記 入する。

一般社団法人 群馬県溶接協会 研修委員会 あて  
 下記のとおり、粉じん作業特別教育に申し込みます。

受講者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名	(姓)	(名)	男・女	西暦 年 月 日生
1 自宅	現住所	〒			電話番号
	Eメール アドレス	携帯電話			
2 勤務先	フリガナ				
	名称				
	所属				電話番号
	所在地	〒			
申込み 担当者	氏名				電話番号
	所属				
	Eメール アドレス				
(一社)群馬県溶接協会 会員・非会員 ※丸を付けてください。					

	講習会場	受講コース	受講日
学科講習	群馬県職業能力開発協会	粉じん作業特別教育	2024年8月27日

※ 書類等の送付先と請求書の宛名を選択してください。

・送付先 自宅・勤務先      ・請求書宛名 本人名・勤務先