

関西ゴム技術研修所 入学願書

関西ゴム技術研修所 所長殿

貴所の趣旨に従い、下記の者を研修させたく入学ご承認方お願いいたします。

ふりがな 氏 名		生年 月日	年 月 日	年令	満 歳
現住所	〒 _____ 電話 () _____				
学 歴	最終卒業学校				学 部 科
	卒業年次	年 月 日			
当社での経歴	入社年次	年 月 日			
	略 歴	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
	所属部課 役 職 名				
連絡	TEL: E-mail:		FAX:		

ここに記入して頂いた情報は、個人情報保護法の精神に基づいて厳重に管理致します。

主な生産品目・扱品目	郵便番号 () _____ 所在地 _____ 会社名 _____ 代表者 _____ 肩書・氏名 _____ (印) 電話 () _____
------------	--

本研修に関する担当窓口 (成績等諸連絡事項の通信先) _____ 所在地が上記と異なる場合はご記入下さい。	(役職名) _____ (ご氏名) _____ 〒 _____ 電話 _____
---	---

コピー可

研修所 事務局 使用欄	請求書	写真	入金	領収書

受付番号 _____