

坂城町中小企業能力学院申込書

令和 年 月 日

コース名 _____ コース _____

事業所名					
住所	〒 -				
フリガナ		TEL	-	-	
担当者		従業員	人	資本金	円

受講者

1	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
	雇用保険被保険者番号 11ケタ	- -			
2	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
	雇用保険被保険者番号 11ケタ	- -			
3	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
	雇用保険被保険者番号 11ケタ	- -			
4	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
	雇用保険被保険者番号 11ケタ	- -			
5	フリガナ		性別	生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日
	雇用保険被保険者番号 11ケタ	- -			

申込送信先

メール: gakuin@sakakinavi.jp
ファックス: 0268-82-8228