

坂城町中小企業能力学院申込書

令和 5 年 月 日

コース名 新入社員フォローアップ コース

参 加 日			※参加する日を○で囲んでください		
A. 7/5(水),10/4(水)両日	B.7/5(水)のみ	C. 10/4(水)のみ			

事業所名					
住 所	〒 -				
フリガナ		T E L	- -		
担 当 者		従業員	人	資本金	円

受 講 者

1	フリガナ	
	氏 名	
2	フリガナ	
	氏 名	
3	フリガナ	
	氏 名	
4	フリガナ	
	氏 名	
5	フリガナ	
	氏 名	
6	フリガナ	
	氏 名	
7	フリガナ	
	氏 名	
8	フリガナ	
	氏 名	
9	フリガナ	
	氏 名	
10	フリガナ	
	氏 名	