

坂城町中小企業能力学院申込書

令和8年 月 日

コース名 新入社員フォローアップ コース

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	フリガナ	受講日 ○印を付してください	
	氏 名		
1		7/7(火)	10/5(月)
2		7/7(火)	10/5(月)
3		7/7(火)	10/5(月)
4		7/7(火)	10/5(月)
5		7/7(火)	10/5(月)
6		7/7(火)	10/5(月)
7		7/7(火)	10/5(月)
8		7/7(火)	10/5(月)
9		7/7(火)	10/5(月)
10		7/7(火)	10/5(月)