

様式2号の2

能力開発セミナー受講（事業主）申込書

令和 年 月 日

函館高等技術専門学院長 様

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

能力開発セミナーを受講したいので次のとおり申し込みます。

記

セミナーコース		技術系コース
訓練科		ICT活用科Ⅱ
専攻科目		ドローン活用
受講申込者数		名
事業所の概要	事業内容 (従業員数)	(人)
	担当者職・氏名	
	電話(FAX)	

受講者名簿

(フリガナ) 氏名		自宅住所		自宅電話番号
生年月日(年齢)		就業形態	職務内容	入社後年数
(フリガナ)		〒	—	- -
氏名		(いずれかに○)		- -
生年月日		正社員・非正規・その他		年 月
S・H・・ (歳)				
(フリガナ)		〒	—	- -
氏名		(いずれかに○)		- -
生年月日		正社員・非正規・その他		年 月
S・H・・ (歳)				
(フリガナ)		〒	—	- -
氏名		(いずれかに○)		- -
生年月日		正社員・非正規・その他		年 月
S・H・・ (歳)				
(フリガナ)		〒	—	- -
氏名		(いずれかに○)		- -
生年月日		正社員・非正規・その他		年 月
S・H・・ (歳)				