

R 7 年 度 事 業 依 頼 票 (実 技 指 導 用)

※事前にコーナーへ相談をお願いします。TEL:0852-61-0051

企業・団体名 学校名				代表者名	
※学校の場合	科名	コース名	学年	担当者名 ・ 部署	
				↓連絡のつきやすい連絡先を記入して下さい。	
所在地	〒 -			電話番号	
				F A X	
				E-mail	
対象区分	☐ 企業・団体 ☐ 工業高校等				
指導場所・施設					
受講者数	名		※35歳以下の方が対象です。		
希望日					
時間	※3時間が基本です。			回数	回
☐ マイスターの実技指導 中小企業・団体	☆実技指導【職種： 】				
	☐ 技能向上(内容：)				
	☐ 技能検定レベル 3級・2級(希望の級に○をつけてください)				
	※受講者の氏名・生年月日 ※2名以上の場合は別紙を添付してください。				
	氏名： 生年月日： 年 月 日生				
	氏名： 生年月日： 年 月 日生				
☐ マイスターの実技指導 工業高校等	☆実技指導【職種： 】				
	☐ 技能向上(内容：)				
	☐ 技能検定レベル 3級・2級(希望の級に○をつけてください) ※受講者名簿を添付してください。				
その他上記以外についての連絡事項等欄					