年　　月　　日

島根県技能振興コーナー　宛
（FAX 0852-22-3404）

Ｒ７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	
				ＦＡＸ	
				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