

平成 年 月 日

関西ゴム技術研修所 入学願書

関西ゴム技術研修所 所長殿

貴所の趣旨に従い、下記の者を研修させたく入学ご承認方お願いいたします。

ふりがな 氏 名		生年 月 日	年 月 日	年 令	満 歳
現 住 所	〒 電話 () —				
学 歴	最 終 卒 業 学 校	学 部 科			
	卒 業 年 次	年 月 日			
当 社 で の 経 歴	入 社 年 次	年 月 日			
	略 歴	年 月 日			
		年 月 日			
		年 月 日			
	所 属 部 課 役 職 名				
連 絡	TEL:	FAX:			
		E-mail:			

ここに記入して頂いた情報は、個人情報保護法に基づいて厳重に管理致します。

主な生産品目・扱品目	郵便番号 ()
	所 在 地 _____
	会 社 名 _____
	代 表 者 _____
	肩書・氏名 _____ (印)
	電話 () —

本研修に関する担当窓口	(役 職 名)	(ご 氏 名)
(成績等諸連絡事項の通信先) _____		
所在地が上記と異なる場合はご記入下さい。		
〒 _____ 電話 _____		

コピー可

受付番号 _____