

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。

氏名	がな	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:				
会員事項	会員	1、本人が正会員	2、会社が賛助会員		
	非会員	1、入会を希望する	2、入会を希望しない		

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 _____

電話 () _____

本研修に関する窓口担当 (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ください。	_____
〒	電話 _____

コピー可

受付番号 _____