

外国人技能実習制度セミナー 参加申込書

岩手県中小企業団体中央会
企画振興部 宛
FAX 019-624-1266

平成 年 月 日

組 合 名 _____

ご記入者氏名 _____

電話番号 _____

下記のとおり参加を申し込みます。

所属・役職	氏 名