

在職者訓練 受講申込書（障害のある方用）

貴校の職業訓練「パソコンスキルアップ科」を受講したいので申込みます。

令和 年 月 日

静岡県立清水技術専門校長 様

<受講希望者>

1	訓 練 日	土曜日 日曜日 (希望日を○で囲んでください)
2	ふ り が な 氏 名	
3	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
4	住 所	〒 Tel ()
5	職 務 内 容	
6	経 験 年 数	年
7	障 害 種 別	知的 () 精神 () 身体 ()
8	支 援 機 関	

<所属事業所>

事 業 所	事 業 所 名			
	所 在 地 (住 所)	〒		
	電 話 番 号	電 話 (FAX)		
	事 業 所 規 模	1 (1~29人) 4 (300~499人)	2 (30~99人) 5 (500~999人)	3 (100~299人) 6 (1000人以上)
	業 種	例：輸送用機器製造業 サービス業 等		

<お申込み先> 〒424-0881 静岡市清水区楠 160 番地 静岡県立清水技術専門校
電話 054-345-3098 FAX 054-345-2921