

講習会・研修会受講申込書 C

送信先 FAX 052-452-1822

令和 年 月 日

一般社団法人愛知県計量連合会長 殿

申込者（事業所）

（〒 ー ） 会員・非会員（いずれかに○印）

住所

名称又は氏名

連絡先・所属部課名

事務担当者名

TEL

FAX

◇ 中小企業向け測定基礎研修会（開催日 月 日）

	所 属	ふりがな 氏 名	所属部署	事業所名	事業所所在地
受講者	申 込 事 業 所				
	関 係 協 力 会 社				
	上記受講者のノギス・マイ クロメータ使用経験概況 (該当人数を記入)		ほとんど初め ての初心者 ()	ある程度理解済み の未熟練者 ()	ほぼ使いこなせる 熟練者 ()
備 考					

◇ 計量士国家試験対策講習会（開催日 月 日）

	ふり がな 氏 名	過去の 受験回数	所属部署
受講者			

備考 ・記入欄が不足するときは別紙でお知らせ下さい。
 ・ご提供いただいた個人情報は、厳重に管理し、当連合会の活動以外には使用いたしません。