

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）

受講者	所属	ふりがな 氏名	所属部署	事業所名	事業所所在地
	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					

◇ 計量器コンサルタント資格認定講習会（開催日 月 日）

受講者	ふりがな 氏名	所属部署	受講の区分（該当に○印）	
			資格取得	知識更新

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。