

FAX : 029-305-5112

令和 6年 月 日

ポリッシャー実技講習会受講申込書

貴社名 _____

ご担当 _____

TEL _____

(ふりがな) 氏 名	年齢	受 講 希 望 日	ポリッシャー操作経験
()		10/ 5 (土) 10/19 (土)	1 未経験 2 操作経験あるも未熟 3 業務で実施中、基本を再確認したい
()		10/ 5 (土) 10/19 (土)	1 未経験 2 操作経験あるも未熟 3 業務で実施中、基本を再確認したい
()		10/ 5 (土) 10/19 (土)	1 未経験 2 操作経験あるも未熟 3 業務で実施中、基本を再確認したい
()		10/ 5 (土) 10/19 (土)	1 未経験 2 操作経験あるも未熟 3 業務で実施中、基本を再確認したい
()		10/ 5 (土) 10/19 (土)	1 未経験 2 操作経験あるも未熟 3 業務で実施中、基本を再確認したい

※1 : 修了書作成のため、氏名は楷書ではっきりと、また、ふりがなを付けてください。

※2 : 「受講希望日」欄は、希望する日を○で囲んでください。

※3 : 「ポリッシャー操作経験」欄は、班編成の参考としますので該当番号を○で囲んでください。