

石川県中小企業団体中央会 宛

F A X : 076-267-7720

第2回 外国人技能実習制度適正化講習会参加申込書

組合名	
連絡先	ご担当者名_____ 連絡先 TEL _____

◇開催日時：令和3年1月19日（火）13時30～15時

◇開催場所：石川県地場産業振興センター 新館5階「第13研修室」

◇定 員：20名

組合名又は組合員名	役職	参加者氏名

※必要事項をご記入いただき、1月15日（金）までにFAXにて
お申し込みくださいますようお願いいたします。