〇〇〇〇年　月　日

人材開発支援助成金

年間職業能力開発計画策定分

　行

|  |
| --- |
| ＪＡ名・団体名 |
| 研修担当者  (所属)  (氏名) |

(Fax： 011-387-1715)

℡ － － )

**「　　　　　　　　　　　　」受講申込書**

記

※ 研修日程　：　〇〇〇〇年　月　日( 　 ) ～ 　月　日( 　 )

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **生年月日**  **（西暦）** | **所属部** | **役 　職** | **性 別** |
|
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

・当「受講申込書」は、郵送又はFaxでお願いいたします。

・Faxの場合は、誤送のないよう宛先登録された機器から行ってください。

・JAカレッジ研修部 電話011-386-7501