

石川県中小企業団体中央会 組織振興課 あて
 (FAX 076-267-7720)

参加申込書

所在地	〒 —	代表者氏名		
	(住所)	電話番号	—	—
		FAX番号	—	—
事業所名		担当者	部署名	
			氏名	
所属組合		業種		

※受講希望者名毎に講座開催日に ○ 印 を付けてください

No	受講者氏名	9月13日(月)	9月27日(月)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
参加者人数計		名	名