

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	4月12日(月)	4月26日(月)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
参加者人数 計		名	名