

城東職業能力開発センター キャリアアップ講習担当 行
(FAX番号:03-3605-6163)

令和 年 月 日

①希望講習名	
②自宅住所	〒 _____
③かな氏名	
④漢字氏名	
⑤生年月日(年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
⑥性別	男 ・ 女
⑦連絡先 (携帯電話等本人と連絡がつくもの)	
⑧勤務先名・雇用形態 (〇〇社・正社員、〇〇社パート 等)	
⑨勤務先所在地	
⑩勤務先電話番号	
⑪FAX返送先番号 (自宅か勤務先。勤務先の場合は 部署名等も明記してください。)	

※返送先指定のないFAXによるお申込みは、原則として無効にさせていただきます。
ご注意ください。