**ものづくりマイスター派遣相談申込書**

令和　　年　　月　　日

**石川県技能振興コーナー あて**

**ＦＡＸ 076-262-3913**

**下記の必要事項をご記入のうえお申し込み下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 資 本 金 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　　人 |
| 事業内容 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| F　A　X |  |
| ご担当者 |  |
| E-mail |  |
| 希望する実技指導の職種 |  |
| 希望する実技指導の期間 |  |
| 実技指導の対象人数 | 　　　　　　　人 |
| その他 |  |