

城東職業能力開発センター江戸川校 講習会担当 行
(FAX番号 : 03-5607-4813)

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 緊急連絡先電話番号 (携帯電話等)	
⑧ 勤務先名	
⑨ 勤務先所在地	
⑩ 勤務先電話番号	
⑪ FAX返送先番号 (勤務先に返信する場合は 部署名等も)	

※ 返送先指定のない応募は、原則として無効とさせていただきますので、
ご注意ください。