（様式2）

技能向上サポート講座受講申請書

年　　月　　日

茨城県　　長 殿

申請者

住所(〒　　)

印

（法人及び事業所にあっては，主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名）

（電話番号　　）

次の講座を受講したいので申請します。

講座名	期間	実施場所
	年　月　日から 年　月　日まで	

	氏名（よみがな）	生年月日	現職	備考
受講者				