入　　会　　届

令和　　年　　月　　日

　茨城職業能力開発推進協議会長　殿

所在地

企業名

代表者（役職・氏名）

　貴会に入会したいので申請します。

担当者

部署名

役職名

氏名

電話番号

連絡先メールアドレス：