

# 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：