

受講申込書

年 月 日

岐阜県セラミックス研究所長 様

〒

所 在 地

事 業 所 名

代表者職氏名※

電 話 番 号

※事業所の代表者名でも可（押印不要）

岐阜県セラミックス研究所が行うゼータ電位測定装置講習会に下記の者を受講させていただきますので、本書のとおり申し込みます。

なお、受講に際して、当事業所・大学は、①研修生は身元確実で品行方正であること、②研修生が欠席、遅刻、早退しないよう事業主・大学の長として協力すること、③研修生の責に帰すべき理由により器物を損傷したときは、弁償すること、④研修中に起きた事故により負傷した場合は、労災・学研災等の保険を適用することを保証します。

記

○受講者

所属部署名	役職名	(ふりがな) 氏名

○企業情報

資本金	千円	従業員数	人
業種			

○連絡先

所属部署名		役職名	
担当者名		電話番号	
FAX		E-mail	