

生産性向上支援訓練の利用に係る希望

①. 生産性向上支援訓練の利用を検討したいので来社して詳細な説明をして欲しい。

|       |       |    |   |   |   |         |
|-------|-------|----|---|---|---|---------|
| コース名  | ※複数   |    |   |   |   |         |
| 来社希望日 | 第一希望日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から1時間位 |
|       | 第二希望日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から1時間位 |

※①を希望の方は②を記入する必要はありません。

②. 受講者が10名未満のため他社との共同開催（合同訓練）として調整して欲しい。

|          |     |    |   |   |   |        |     |     |    |   |   |   |     |     |
|----------|-----|----|---|---|---|--------|-----|-----|----|---|---|---|-----|-----|
| コース名     | ※単数 |    |   |   |   |        |     |     |    |   |   |   |     |     |
| 訓練実施希望日時 | 1日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 4日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
|          | 2日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 5日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
|          | 3日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 6日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
| 総訓練時間    | 時間  |    |   |   |   | 受講予定者数 |     | 人   |    |   |   |   |     |     |

|          |     |    |   |   |   |        |     |     |    |   |   |   |     |     |
|----------|-----|----|---|---|---|--------|-----|-----|----|---|---|---|-----|-----|
| コース名     | ※単数 |    |   |   |   |        |     |     |    |   |   |   |     |     |
| 訓練実施希望日時 | 1日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 4日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
|          | 2日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 5日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
|          | 3日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から    | 時まで | 6日目 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時から | 時まで |
| 総訓練時間    | 時間  |    |   |   |   | 受講予定者数 |     | 人   |    |   |   |   |     |     |

③. その他の希望がありましたらご記入ください。

|  |
|--|
|  |
|--|

④. 貴社ご担当者のご記入をお願いします。

|                 |   |  |       |   |   |
|-----------------|---|--|-------|---|---|
| 事業所等名           |   |  | TEL   | - | - |
|                 |   |  | FAX   | - | - |
| 所在地             | 〒 |  |       |   |   |
| 担当者所属<br>部署・役職等 |   |  | 担当者氏名 |   |   |

⑤. ポリテクセンター松本までFAXにて送付してください。 ⇒ FAX: 0263-58-5062

担当: ポリテクセンター松本 生産性向上人材育成支援センター 事業主支援相談員  
TEL: 0263-58-3392

【210319】