

# 普通旋盤作業実技訓練受講申込書兼推薦状

申込日 年 月 日

茨城県立日立産業技術専門学院長 殿

申込者

住 所 (〒            )

氏 名

電話番号 (連絡先)

(企業等法人による申込みの場合、住所については事務所所在地、氏名については申込の企業名と担当者名、電話番号については、  
担当者と連絡がつく番号を記載願います。)

下記の受講予定者について推薦及び受講を申し込みます。

なお、受講できる場合は、技能検定1級～3級機械加工（普通旋盤作業）実技試験に必要な工具等を準備することを約します。

記

受講を希望するコース全てに○をつけてください

( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )

受講予定者

(フリガナ) 氏 名	年齢	機械加工従事年 数	備 考
( ) -----	歳	年    ヶ月	
( ) -----	歳	年    ヶ月	
( ) -----	歳	年    ヶ月	