

受講申込書

No. _____

下記の通り受講申込みします。

申込日 平成 年 月 日

大阪府認定職業訓練学校
 大阪府フラワーデザインカレッジ
 TEL.06-6232-8719 FAX.06-6232-8712

講座名	曜日	級 級	<input type="checkbox"/> 検定コース (4~7月) <input type="checkbox"/> 技能士コース (9~翌3月)									
氏名	(印)			生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	男・女		
住所 (自宅)	〒 TEL () - ※郵便物が届くよう正確にご記入下さい。携帯電話 -				取得済資格等							
職歴	勤務先名	勤務先住所			在職期間							
現在		TEL () -			昭和	年	月	日	~	年	月	日
					平成	年	月	日	~	年	月	日
その他					昭和	年	月	日	~	年	月	日
					平成	年	月	日	~	年	月	日
その他					昭和	年	月	日	~	年	月	日
					平成	年	月	日	~	年	月	日
最終学歴	学校名	所在地			昭和				年	月	日	卒業・中退
					平成							
加盟団体	大阪生花商業協同組合加入して いる ・ いない		その他業界団体へ加入している場合は、団体名をご記入ください。									

*印は事務局記入欄です。記入しないで下さい。

★諸入金は理由の如何に関わらず返却出来ませんのであらかじめご了承下さい。

入会金	*	円	受付日	*	年	月	日	当校を何でお知りになりましたか？ ✓印をつけて下さい。(複数回答も可) <input type="checkbox"/> 職場で勧められた <input type="checkbox"/> 知人から聞いた <input type="checkbox"/> ポスターを見た <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> チラシを見た <input type="checkbox"/> 雑誌(フローリスト)を見た <input type="checkbox"/> その他()
受講料	*	円	納入日	*	年	月	日	
備考								