令和　　年　　月　　日

　群馬県職業能力開発協会　様

所在地

名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

担当者　　　　　　　　　　　　　　印

Mail：

下記に署名又は捺印した当社所属の受検者各人は、令和　　年度　期技能検定に係る合否結果等の個人情報を群馬県職業能力開発協会から上記担当者あてに提供することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種（作業）名 | 級別 | 氏　　　名 | 所　　　属 | 自筆署名又は印 |
|  |  | 高橋　京平 | 技能振興第１課 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |