東京都中小企業団体中央会　支援課　行
（FAX　０３－３５４５－２１９０）

組合監事講習会申込書

日　時：平成１９年２月９日（金）午後2時～4時

郵便番号（〒　　－　　）

所在地 _____

組合名 _____

連絡者名 _____

電話番号　　（　　）

FAX番号　　（　　）

役　　職	受講者氏名
	合　計　　名

※　受講申し込みに関する個人情報は、本講習会以外の目的で使用することはございません