**技能検定試験問題等コピー依頼書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼者名企業の場合は（企業名・所属・担当者名） |  |
| 依頼者住所(送付先) | 〒　　TEL　　　　FAX　　　 |
| 以下に希望される問題をご記入下さい。（○は）○を記して下さい |
| 技能検定作業名 | 年度 | 級 | 実技 | 学科(○) | 来所・郵送（○） |
| 製作等作業（○） | 計画立案等作業（○） |
|  |  |  |  |  |  | １．　来　　所２．　郵送希望 |
|  |  |  |  |  |  | １．　来　　所２．　郵送希望 |
|  |  |  |  |  |  | １．　来　　所２．　郵送希望 |
|  |  |  |  |  |  | １．　来　　所２．　郵送希望 |
| 利用目的（必要な理由をご記入下さい） |

滋賀県職業能力開発協会行き　FAX０７７－５３７－６５４０

1. **原則として、過去３年度分（終了済）となります。**

②　滋賀県で実施公示していない。あるいは、公示したが受検者がなかった場合は問題がありません。

③　コピー部数は、一つの作業・級別に１部に限定します。

④　FAXによる送付については原則行いません。

滋賀県職業能力開発協会記入欄

処理完結日　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　担　当