令和　　年　　月　　日

　群馬県知事　　　　　様

　群馬県職業能力開発協会　様

所在地　〒

名　称

担当者　　　　　　　　　　　　　　印

　TEL

Mail：

下記に署名又は捺印した当事業所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知事及び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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種（作業）名 | 級別 | 氏　　　名 | 所　　　属 | 自筆署名又は印 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　　個人情報提供事項（該当する方に☑を入れてください）

□ **合格証書**をまとめて**事業所(組合・学校)あて**送付することを希望（群馬県から送付されます）

　　　（**合格証書**と**合否結果**を事業所(組合・学校)あて提供）

* **合否結果のみ**提供を希望（群馬県職業能力開発協会からメールにて提供します）

　　　（**合格証書**は**個人あて**に送付）