**テールゲートリフター特別教育(学科教育)講習**受講申込書

**【申込み先 FAX：02２-232-6830】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講希望日　　月　　日　※希望日毎に作成願います** | | | |
| ※ | 受講  番号 | ※ 受講証明証番号 | フ　リ　ガ　ナ | 生年月日 | ※ 備　考 |
| 氏　　　　名 |
|  | |  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  | |  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  | |  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  | |  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  | |  |  | 昭和  平成　　年　　月　　日 |  |
|  |
|  | |  |  | 平成　　年　　月　　日昭和 |  |
|  |
|  | |  |  | 平成　　年　　月　　日昭和 |  |
|  |
|  | |  |  | 平成　　年　　月　　日昭和 |  |
|  |
|  | |  |  | 平成　　年　　月　　日昭和 |  |
|  |
|  | |  |  | 平成　　年　　月　　日昭和 |  |
|  |

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 陸上貨物運送事業労働災害防止協会  宮城県支部 | | | |
| 会 員 |  | 非会員 |  |

事業場名

代表者名

(役職名)

会員及び非会員の該当欄に○を記入下さい。　　　　　　　　　　　　　　　〔担当者：　　　　　　　〕

　　　　　　　　所在地　〒　　　-

連 絡 先 TEL： - 　 - 　 FAX（必須）： 　 - 　 -

（注）１．※以外の欄は申込者において楷書にて全部記載して下さい。

２．当該様式の書式は変更しないで下さい。

３．ご記入いただいた個人情報は、本講習等での関連帳票、受講者への連絡、修了証交付等のために

利用いたします。