

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】

受講日		9月24日(火)		
※ 受講番号	※ 受講証明証番号	フリガナ 氏 名	生年月日	※ 備考
			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	

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。