

令和6年1月9日

テールゲートリフターの特別教育（学科4時間）追加③講習 受講申込書

【申込先 FAX：0776-34-2136】

受講希望 会場	福井	受講日	2月15日	
※受講番号	※受講証明番号	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	

令和 年 月 日

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福井県支部（福井県トラック協会）			
会員	<input type="checkbox"/>	非会員	<input type="checkbox"/>

会員及び非会員の該当欄に○を記入してください

事業所名 _____

代表者名
(役職名) _____

〔担当者： _____〕

所在地 〒 _____

連絡先 TEL： _____ FAX： _____

(注)

- ※以外の欄は申込者において楷書にて全部記入して下さい。
- 当該様式の書式は変更しないで下さい。
- 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、受講証明書交付等のために利用いたします