

テールゲートリフター作業者必携 予約申込書

受注番号	No.	申込年月日	令和 年 月 日 （ 曜日）		
申込者名 （会社名または個人様名）					
担当者氏名					
住 所	〒 -				
電 話 番 号		F A X 番 号			
品 名					数 量
テールゲートリフター作業者必携 （テールゲートリフター特別教育用テキスト）					
備 考 欄 （送付先等が異なる場合等の要望をご記入ください）					
処 理 欄					
受付年月日	令和 年 月 日				
会員について	会員 ・ 非会員	受付者氏名		確認者氏名	

- 〔注〕 ① **太線枠内**をご記入ください。
- ② 電話番号もお忘れなくご記入ください。
- ③ 図書は6月1日以降のお届けとなります。
- ④ お支払い方法は、後払いとなります。なお別途送料がかかります。
請求書を図書と同梱します。
- ⑤ 図書の到着後、品名と数量をご確認ください。

【申し込み先】

陸上貨物運送事業労働災害防止協会 福井県支部

TEL：0776-34-1713 FAX：0776-34-2136